Ю. Ю. Елисеев

Психосоматические заболевания

Справочник

(2003 г.)

Справочник содержит сведения по соматическим заболеваниям, в основе которых лежит нарушение психической деятельности человека. В соответствии с последними достижениями медицинской науки и здравоохранения представлена подробная информация о предпосылках психосоматических расстройств, их клинических проявлениях, описаны способы и методы их диагностики и лечения. Предложен новый, современный подход к комплексному обследованию пациентов и использованию традиционных и нетрадиционных методов терапии с элементами психотерапии, аутотренинга. Приведены данные, касающиеся психосоматических заболеваний у детей, рассмотрены средства их лечения. Справочник рассчитан на врачей различных специальностей, студентов, а также широкий круг читателей.

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора, член-корр. РАЕ и РЭА Ю. Ю. Елисеева.

Авторский коллектив: Е. В. Бочанова; Д. А. Гейслер; Т. В. Гитун; А. Г. Елисеев; Т. Ю. Клипина; А. В. Салякин; О. И. Чапова.

Руководитель авторского коллектива: кандидат медицинских наук И. А. Бережнова.

Содержание

Алфавитный указатель

Введение

Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX в. J. Heinroth (1818). Столетие спустя во врачебный лексикон было введено понятие «психосоматическая медицина». Под понятием «психосоматические» первоначально стали объединять такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, псориаз и др., существенную роль в патогенезе которых играют неблагоприятные психические воздействия.

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние.

Отношение к психосоматике как самостоятельной области медицины до сих пор весьма неоднозначно. Эта наука — очень плохо изученный мир явлений, вызывающих особый, исключительный интерес на протяжении длительного периода времени, потому что с незапамятных времен влияние нервной системы и личности человека на течение и развитие заболевания имело огромное значение. Развитие этого направления позволит повысить эффективность лечения путем рациональной организации лечебного процесса. Первые исследования в данном направлении дали обнадеживающие результаты. Но, к сожалению, работ в этой области крайне мало.

Задачей настоящего справочника явилось обобщение данных литературы и различных исследований о влиянии психики на развитие болезни, взаимосвязь психосоматических и соматопсихических явлений. Большое внимание в книге уделено лечению конкретных заболеваний и общим принципам лечения психосоматических заболеваний. Показана зависимость ответных реакций организма и конечных результатов лечения от перечисленных факторов.

В предлагаемом читателю справочнике в доступной форме излагаются вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения. Хорошо представлена их связь с внешними и внутренними неблагоприятными психическими факторами. Вместе с тем раскрываются и пути возможного корректирования патологических изменений при помощи средств традиционной и нетрадиционной медицины. В книге обращается внимание на сложность затрагиваемой проблемы. Эта сложность объясняется многогранностью патологического процесса и пока еще не очень ясными путями решения существующих проблем.

Вместе с тем очевидно, что разработка этого направления перспективна, поскольку реакции организма формируются под влиянием психических воздействий внешней среды, стрессов. С ними организм встречается на протяжении всей жизни, и приспособление к этим факторам требует напряжения всех систем организма и чаще всего приводит к срыву системы гомеостаза. Разумеется, многие положения не бесспорны, как не бесспорно многое в психосоматике, — в этой старой, но и совершенно молодой науке.

Глава 1. Предпосылки психосоматических расстройств

Нейрофизиологические предпосылки

Нейродинамические механизмы соматических проявлений эмоциональной нестабильности

Передача, анализ и хранение информации

Любой живой организм на протяжении всей своей жизни тесно связан с окружающей средой. Если проанализировать жизнедеятельность животного, то мы убедимся, что она состоит из реакций на внешние раздражители и на изменения, происходящие внутри организма. Всякий живой организм в процессе своей жизнедеятельности получает из окружающего мира различные чувственные раздражения — тактильные, световые, звуковые, обонятельные, вкусовые, накапливая их и реагируя по мере надобности серией движений, будь то крик или ползание, хватание или бег, а также нарушением внутреннего состояния, что выражается в изменении обмена веществ, в молекулярных физико-химических изменениях в клетках, тканях и органах.

Роль аппарата, воспринимающего и анализирующего раздражения и обеспечивающего ответную реакцию, у всех живых существ выполняет нервная система. Ответная реакция организма на раздражение, осуществляемая при помощи нервной системы, носит название рефлекса.

Вполне справедливо будет сравнить нервную систему с современным компьютером, не забывая, однако, о том, что мозг человека совершеннее любой самой мощной электронно-вычислительной машины. Во-первых, количество элементарных единиц, в данном случае ганглиозных клеток, в головном мозге во много раз больше, чем в самых совершенных компьютерах (их свыше 15 млрд.), а во-вторых, нервная система, да и весь организм человека как система биологическая обладает огромными приспособительными и компенсаторными (и управленческими) возможностями с многочисленными механизмами саморегуляции и активной деятельности.

Условиями работы любого компьютера являются передача, переработка и хранение информации (память) с последующим ее воспроизведением. Передача информации идет в переработанном, закодированном виде.

Анализаторы раздражения нервной системы и являются теми приборами, на рецепторную (периферическую) часть которых поступает та или иная информация (световая — на палочки и колбочки сетчатки глаза, звуковая — на кортиев орган уха, вкусовая — на сосочки языка, болевая, температурная и прочие — на соответствующие рецепторы кожи) и в переработанном виде далее по проводниковой части, как по проводам, поступает в подкорковый и корковый отделы анализатора, где трансформируется, претворяясь в соответствующее ощущение — восприятие.

Механизмы саморегуляции

Такое раскодирование информации то и дело происходит, в частности, в коре мозга, что и дало право Павлову образно сравнить кору с сигнализационной доской, на которой то там, то здесь вспыхивают электрические лампочки. Неравнозначность различных отделов коры мозга, наличие в ней большого числа анализаторов дали основание для анатомо-функционального подразделения коры на отдельные поля (участки), где структура определяет собой в какой-то мере функцию. Такие корковые карты составлены учеными-неврологами; сейчас хорошо известно, в каких корковых полях происходит анализ и синтез тех или иных сигналов с претворением их в ощущения. Корковые отделы анализаторов были объединены Павловым в первую сигнальную систему. Такие же функции мозга, как мышление, суждение, планирование, были отнесены им ко второй сигнальной системе.

Важно знать, что в коре представленность функций осуществляется не

пропорционально объему и силе мышечного действия, а по принципу дифференцированности, степени выученности, то есть по степени условно-рефлекторных связей. Так, например, в двигательном анализаторе территория, анализирующая действие пальцев рук или области лица и языка, несравненно больше, чем территория, связанная с действием таких крупных мышц, как мышцы туловища и ноги.

Мало того, каждая функция обеспечена рядом динамически связанных структур, находящихся на разных уровнях нервной системы. Возьмем для примера хотя бы дыхание. На уровне спинного мозга обеспечиваются движения, расширяющие грудную клетку, без чего невозможен вдох; на уровне продолговатого мозга расположен центр дыхательной деятельности; на уровне среднего мозга обеспечиваются ритм и адекватность дыхательных движений; на подкорковом уровне происходит то же самое, но с участием эмоций; на уровне коры мозга дыхание увязывается со всей остальной деятельностью. Поражение каждого из отделов ведет к более или менее резким расстройствам дыхания вплоть до внезапно наступающей смерти от паралича дыхания (при поражении стволовых звеньев этой системы). Тот же принцип остается в отношении любых других функций.

Регуляция всех функций идет по принципу самообслуживающихся механизмов, рефлексов. В связи с тем, что в настоящее время представляется возможным при помощи микроэлектродов раздражать отдельный нейрон, отдельную ганглиозную клетку, вполне можно говорить о саморегуляции даже на уровне отдельных нейронов. Так, если на нервную клетку падает излишнее количество раздражений, невыгодных для выполнения данного действия, или их очень много посылается из самой клетки, то излишний поток раздражений поступает на так называемые вставочные нейроны, которые тормозят, сдерживают поток раздражений, идущих на эту клетку. На этом примере видно, что торможение — не менее активный процесс, чем возбуждение.

Примером саморегуляторного механизма является взаимоотношение коры мозга со стволовой частью и со спинным мозгом, то есть с сегментарно-рефлекторным аппаратом.

Сегментарно-рефлекторный аппарат

Сегментарно-рефлекторный аппарат спинного мозга и ствола мозга является относительно более простой частью центральной нервной системы. Он непосредственно связан с внешним миром, в отличие от коры и подкорковых ядер, которые связаны с внешними раздражениями лишь опосредованно — через сегментарно-рефлекторный аппарат.

Таким аппаратом спинного мозга является, собственно говоря, его серое вещество с передними и задними корешками, из которых каждый связан с определенными участками мышечной системы (передний корешок) и с определенным участком кожи (задний корешок). Этим и определяется название «сегментарный аппарат». Но это и отдел переключения безусловных рефлексов, примером чего может служить хотя бы коленный рефлекс. Этим, собственно, определяется термин «рефлекторный аппарат». Помимо сегментарно-рефлекторной части, в спинном мозге имеются проводники, как имеются они и на всех других этажах нервной системы, так как все отделы спинного и головного мозга связаны друг с другом.

Всякий спинно-мозговой рефлекс осуществляется не одним, а несколькими сегментами спинного мозга, однако один из сегментов всегда имеет преимущественное значение. Межсегментарные связи обеспечивают координированную деятельность сегментарного аппарата спинного мозга.

По спинальным рефлекторным дугам обеспечивается постоянное напряжение скелетных мышц, сопротивление их растяжению, что носит название тонуса мышц. Этот мышечный тонус, отражающий степень деятельного состояния периферического двигательного нейрона, называется контрактильным, проприоцептивным рефлекторным

тонусом.

Как контрактильный мышечный тонус, так и активные сокращения мышц осуществляются только при наличии строгой согласованности в деятельности сегментарного аппарата спинного мозга. Она выражается в наличии реципрокной (обоюдной, взаимной) иннервации мышц, обеспечивающих движение, и сопряженного сокращения мышц для фиксации сустава. Так, например, при сгибательном движении одновременно с напряжением сгибателей происходит реципрокное расслабление тонуса антагонистов-разгибателей и, наоборот, при разгибании — реципрокное расслабление сгибателей. При выполнении мелких движений кистью одновременно сама собой фиксируется рука в локтевом и плечевом суставах путем сопряженного сокращения соответствующих мышц. Можно привести множество подобных примеров, ибо в каждом нашем движении этот механизм присутствует.

Каждому двигательному акту, в том числе и произвольному, предшествуют позиционное возбуждение и установка мышц, дающие возможность совершить движение четко и без ущерба для организма. Подниманию, например, левой ноги предшествует напряжение мышц правой ноги и туловища для удержания равновесия. Это все срабатывается автоматически, без участия сознания, однако лишь до тех пор гладко и безупречно, пока сохранены все нервные связи, двигательные и чувствительные нейроны.

По современным представлениям, клетки передних рогов неоднородны: наряду с двигательными нейронами, имеющими более толстые аксоны (альфа-нейроны), имеются клетки с более толстым аксоном (гамма-нейроны). Оказывается, что мышечный тонус обеспечивается не только сокращением мышц по известным спинальным рефлекторным дугам, но он регулируется также системой гамма-нейронов, аксоны которых заканчиваются в проприоцепторных приборах мышечных волоконец, в так называемых мышечных веретенах. Сокращение последних вызывает проприоцептивные импульсы, которые поступают через задний корешок к клеткам переднего рога, образуя тем самым рефлекторный круг, или рефлекторное кольцо, регулирующее мышечный тонус и мышечную готовность к строгому соответствию сокращения мышц текущим потребностям (так называемые серворефлексы).

О сложности обеспечения мышечного тонуса, этого важного фактора нашего движения, можно судить по упрощенной схеме регуляции его на уровне спинального сегмента. Наличие вставочных тормозных и активирующих импульсов из подкорковых образований, поступающих на альфа-нейрон, вставочные клетки и пресинаптическое торможение — это все тонкие механизмы саморегулирующегося прибора. Патологическое повышение тонуса мешает активным и пассивным движениям, а резкое повышение его вызывает длительное пребывание суставов в однажды приданном положении.

В регулировании мышечного тонуса немаловажная роль принадлежит нервным импульсам, поступающим по кортико-спинальному (пирамидному) пути на сегментарно-рефлекторный аппарат, именно на двигательные его отделы (на клетки передних рогов), что обеспечивает произвольные движения. Эти импульсы, постоянно поступающие на двигательные нейроны (как ответ на массу раздражений, идущих в кору из собственных тканей тела и из внешнего мира), притормаживают, регулируют нервные импульсы, идущие по рефлекторным дугам (кольцам) и обеспечивающие, как показано выше, мышечный тонус в выгодных для организма пределах. В тех случаях, когда импульсы по пирамидному пути не поступают на сегментарно-рефлекторный аппарат, несдерживаемый поток раздражений по спинальным рефлекторным кольцам поступает в мышцы, тем самым вызывая избыточное (невыгодное) повышение мышечного тонуса.

Тот же принцип сегментарно-рефлекторного построения лежит в основе функции ствола мозга, где роль корешков играют черепные нервы, а аналогами передних рогов являются двигательные ядра этих нервов. Черепные нервы участвуют в образовании рефлекторных дуг множества безусловных рефлексов, например глоточного, небного.

Богатые межсегментарные связи обеспечивают механизмы и более или менее сложных сочетанных движений, к которым относятся акт глотания, рвотный рефлекс, жевание, чиханье, мигание, голосообразование, дыхание, сердечная деятельность, слезотечение и слюноотделение. Координация функций различных систем, участвующих в перечисленных автоматических актах, происходит за счет сетевидного образования продолговатого мозга, которое связывает ядра черепных нервов не только между собой, но и с клетками верхних отделов спинного мозга.

Корково-ядерные, или кортико-нуклеарные, связи обеспечивают регуляцию мышечных сокращений и напряжений в соответствующих отделах. Еще более сложной частью сегментарно-рефлекторного аппарата является средний мозг (то есть ножки мозга и четверохолмие) с двумя парами ядер черепных нервов — III и IV. Четверохолмие является отделом, обеспечивающим быструю ориентировку и установку головы и тела человека при световых и звуковых раздражениях, а красные ядра играют большую роль в регуляции мышечного тонуса. Красные ядра получают чувствительные импульсы из полушарий мозжечка, от коры головного мозга, зрительного бугра и полосатого тела.

Двигательные импульсы идут как в кору головного мозга, так и в спинной мозг.

В эксперименте на животных доказано, что при перерезке ствола мозга между верхним и нижним четверохолмием позади красных ядер и, значит, при отделении ствола от полушарий мозга, особенно при одновременном повреждении красных ядер, наступает децеребрационная ригидность, то есть резкое усиление проприоцептивного рефлекторного тонуса с преобладанием его в разгибательной группе мышц. Децеребрированное животное стоит, но стояние его неустойчивое, пассивное. Сохранение связей красного ядра с нижележащими отделами нервной системы является непременным условием нормального распределения мышечного тонуса.

Хранение информации

Память

Хранение в мозге закодированной информации о раздражителе, после того как последний перестал действовать, и репродукция, воспроизведение этой информации, то есть ее фиксация и восстановление, носят название памяти. Память во всех ее качествах является удивительным, пока еще окончательно не расшифрованным свойством центральной нервной системы. Это сложная психическая функция, находящаяся в тесной взаимосвязи с другими психическими функциями, такими, как восприятие, внимание, суждение, и особенно с эмоционально-мотивационными процессами. Память, таким образом, является функцией всего мозга. Многочисленные опыты показали, что следы памяти для сложных навыков, связанных со зрительными и другими видами различения, хранятся в тех областях коры, которые принимают непосредственное участие в выработке данных навыков, то есть в зрительных, слуховых, сенсомоторных областях коры соответственно. Да и клинический опыт убеждает, что память может своеобразно нарушаться при повреждении различных отделов коры мозга.

Далеко не все нами запоминается и хранится на долгие времена. Большая часть удерживается на секунды, часы, дни, а затем исчезает бесследно. Этот факт дает право говорить о кратковременной и долговременной памяти и о процессе фиксации и консолидации следа, процессе, который именно и содействует переводу следов из кратковременной в долговременную память. Но как при выполнении любой интегративной (объединительной) церебральной функции определенные отделы несут особую ответственность, так и в процессе запоминания, хранения и воспроизведения поступающей информации ведущую роль играют специальные отделы в височных долях мозга — глубокие его структуры, так называемая лимбическая система мозга.

Клинические наблюдения и экспериментальные данные позволили говорить об особой заинтересованности в организации запоминания и фиксации информации

гиппокампоталамической системы, а в биохимическом отношении — рибонуклеиновой кислоты. Патологические процессы с повреждением одного из звеньев анатомической системы приводят к грубым расстройствам памяти в виде нарушения запоминания текущих событий. Следы исчезают через две-три минуты; только что виденное, прочитанное, услышанное тут же забывается, тогда как события далекого прошлого, зафиксированные в период здоровья больного, могут быть легко воспроизведены. В тех случаях, когда страдает и долговременная память, обычно речь идет о диффузных поражениях мозга.

Инстинкты и условные рефлексы

Фиксация информационных следов — необходимое условие для создания сложных безусловных и условных рефлексов. Веками проверенные, наследственно утвержденные сложные безусловные рефлексы, или инстинкты, запрограммированы уже при развитии нервной системы; в их основе лежат борьба за жизнь, продление рода, достижение цели. Но всякому живому существу, а особенно человеку, еще многому нужно научиться при жизни, получить воспитание. Даже простая ходьба, умение пользоваться ножом и вилкой, не говоря уже о профессиональных навыках и разговорной речи, выучены нами. Все это — воспитанные (условные) рефлексы, которые, как временная иногда надолго закрепляющаяся и подкрепляемая связь, могут угасать, что, без сомнения, является биологически целесообразным, так как, если бы все образующиеся временные связи оставались в мозгу, человек не мог бы в каждый данный момент быть готовым к установлению новых замыканий. Эта способность нервной системы перекликается со свойствами нашей памяти, когда далеко не все поступившие сведения запоминаются надолго. Долговременная память подчиняется строгой «цензуре», хотя нужно сказать, что иной раз пустяковые, казалось бы, события и факты застревают надолго, если они окрашены богатыми переживаниями. Эмоции имеют большое значение в фиксации следа. Условные рефлексы создаются не только в коре, но и в подкорковых отделах.

Система «ошибок и поправок», «модель потребного будущего»

Любое наше действие регулируется и может быть управляемо, потому что основной частью его является наличие обратных связей, или обратных афферентаций, сигнализирующих об эффекте действия и позволяющих, учитывая этот эффект, на ходу осуществлять и вносить поправки при нарушении четкости протекающего действия. Эту систему «ошибок и поправок» можно хорошо продемонстрировать на выполнении любого произвольного движения. При выполнении задания попасть кончиком пальца в кончик своего носа от мышц, производящих это действие, беспрерывно поступают обратные сигналы в мозжечок, в спинной и головной мозг, уведомляющие, в каком положении находятся мышцы и будет ли в этом случае достигнута цель. Если направление руки неправильное, а сокращение мышц чрезмерное либо недостаточное, тут же рефлекторно идет исправление этих ошибок. В клинике известно много примеров того, как при рассогласовании этого управленческого механизма (например, выпадение проприоцептивной чувствительности, мозжечковые расстройства) простейшие двигательные задания не могут быть четко выполнены.

Постоянный учет того, совпадает ли полученный результат с ожидаемым, является важнейшим условием нервной деятельности, образуя как бы четвертое звено рефлекторного акта. С этих позиций понятие и термин «рефлекторная дуга» может быть дополнен представлением о рефлекторном кольце, рефлекторном круге. И в самом деле, в любом рефлекторном акте механизм обратной связи играет решающую роль, сигнализируя о выполнении конечной цели. Рефлекторные кольца, собственно говоря, и лежат в основе саморегулирующихся механизмов.

Расширяя и распространяя положение об обратных связях на соотношение и

соподчиненность различных отделов головного мозга, можно говорить об успехе или неудаче запрограммированных сложных действий, что ведет в первом случае к прекращению действия, а во втором — к продолжению активного возбуждения. В конечном итоге происходит сравнение того, как выполнено задание, согласовано ли оно с запрограммированной целью, с той «моделью потребного будущего», закодированной в мозге и являющейся основой активности нашего действования. Как высокоорганизованная система управления головной мозг человека устроен так, что он может не только получать, хранить и использовать полученную информацию, но и прогнозировать, вырабатывать план действий, управлять этими действиями для решения определенных задач.

Неврологическая клиника может привести множество разнообразных наблюдений, когда больные теряют программу действий и не в состоянии построить другую. Они «забыли», как нужно надеть рубашку, они растерянно смотрят на нож и вилку, не зная, как с ними обращаться. Они потеряли программу построения слов и не могут разговаривать. На вопрос, какие именно отделы головного мозга ответственны за программирование действий, ответить затруднительно, хотя, скорее всего, в этом принимают участие многие отделы с учетом их относительной соподчиненности. Так, в коре мозга выделяют первичные корковые зоны, где идут процессы раскодирования и анализа поступающих раздражений — зрительных, слуховых, обонятельных, сенсомоторных; вторичные зоны, где происходят синтез и увязывание поступившей информации с накопленным опытом и осуществляется ассоциативная связь между различными анализаторами.

Эмоции и мотивации

Механизм возникновения эмоций

Роль эмоций, в частности хорошего или плохого настроения в поведении человека, известна давно. Одну из причин плохого настроения Павлов усматривал в нарушении динамического коркового стереотипа, понимая под этим названием зафиксированный условно-рефлекторный механизм, трафаретно дающий в более или менее сходных условиях все ту же самую реакцию. Этот стереотип оказывается достаточно устойчивым. В повседневной жизни мы достаточно часто сталкиваемся с этой особенностью корковой деятельности. Ведь выработанная привычка, приобретенные навыки, которые стали автоматизированными, — это и есть динамический корковый стереотип. Такие стереотипы могут касаться не только малозначащих привычек, но и устоявшегося жизненного уклада человека, его убеждений, верований, взглядов, которые трудно переделываются, нелегко перестраиваются. Нарушение таких стереотипов вызывает чувство неудовлетворенности, плохого настроения вплоть до отчаяния. Подобного рода отрицательные эмоции возникают и в том случае, когда выработанный человеком план расходится с реальной действительностью или по каким-либо причинам оказывается невыполнимым. Совсем другое дело, когда жизненный план, привычка, выработанная идея совпадают с действительностью. Положительные эмоции здесь обеспечены.

Взаимодействие коры и подкорки

Этот механизм возникновения у человека положительных и отрицательных эмоций не может исчерпать всех механизмов возникновения эмоций. Большое значение имеет гипоталамическая область, в немалой степени обеспечивающая общий гомеостаз в организме и функционально связанная с другими глубинными образованиями мозга, объединенными под названием лимбико-ретикулярного комплекса. Сюда входят лимбическая система и ретикулярная формация ствола мозга, простирающаяся от передних отделов зрительного бугра до нижних отделов продолговатого мозга.

Все восходящие нервные пути, несущие в головной мозг специфические импульсы

возбуждения — зрительные, слуховые, кожные, — имеют боковые ответвления в ретикулярную формацию, состоящую из ганглиозных клеток и нервных волокон. Последняя под влиянием этих раздражений активируется и оказывает со своей стороны значительное воздействие на уровень возбудимости самых разных отделов нервной системы, вплоть до клеток коры больших полушарий. Это тоже своего рода саморегулирующийся аппарат. И если по классическим, хорошо нам известным путям в высшие отделы, корковые анализаторы приходят сигналы от органов чувств, то через ретикулярную формацию осуществляется «настройка» уровня их возбудимости, регуляция степени их активности.

Образно кору головного мозга можно сравнить с экраном телевизора, и тогда мы скажем, что по классическим путям на кору подаются изображение и звук, а по волокнам ретикулярной формации регулируются яркость и четкость изображения, степень освещенности экрана, громкость звука. Однако для осуществления этой саморегуляции кора мозга должна послать информацию в ретикулярную формацию. Такие кольцевые связи имеются на самом деле. Ретикулярной формации принадлежит важная роль в механизме сосредоточения внимания, в смене сна и бодрствования. Иными словами, в какой-то мере она играет роль той «ближайшей подкорки», которая дает энергетический запал коре мозга.

Стимуляция различных отделов лимбической системы через вживленные для лечебных целей микроэлектроды демонстрирует повышение настроения, эйфорию с переоценкой своих возможностей и игнорированием своего физического дефекта. Поражение лимбической системы обычно сопровождается и эмоциональными нарушениями, чаще отрицательного характера — чувством страха, напряжения, гнева и тоски. Появляется склонность к депрессивным реакциям, ипохондрическим высказываниям. Нарушения эти могут проявляться всего лишь в эмоциональной неустойчивости с одновременным осуществлением полярных эмоций, то есть радости и горя, гнева и равнодушия.

Эксперименты, проведенные на крысах при помощи вживленных в глубокие структуры мозга микроэлектродов, показали связь этих отделов с эмоциональными переживаниями. Крысы, научившись передними лапами нажимать на педали, от которых провода шли к вживленным в их мозг электродам, могли раздражать различные участки своей лимбической системы. Оказалось, что крысы при раздражении одних участков мозга после нескольких повторений переставали включать рычаг и раздражать свой мозг, тогда как при раздражении других безудержно, до 4000—5000 раз в час, нажимали на педаль. Автор пришел к выводу, что здесь имели место эмоциональные состояния «неудовольствия» и «удовольствия», возможно, как компоненты в первом случае оборонительного, а во втором — пищевого или полового рефлекса.

Все это обязывает также связывать эмоциональные переживания, помимо корковых, с глубинными структурами мозга и ретикулярной формацией, передающей соответствующие импульсы на кору головного мозга. Кроме того, из приведенных выше опытов можно сделать вывод о связи глубинных структур мозга с мотивами поведения, или мотивацией. Выполнение запрограммированного действия может более или менее успешно осуществляться под влиянием положительных или отрицательных эмоций.

Опухолевые поражения лимбико-ретикулярной системы часто протекают с нарушением мотивированного, соответствующего обстановке поведения, с распадом плана действия, своеобразным нарушением целенаправленного, осмысленного поведения и появлением неконтролируемых движений и действий. Все это, понятно, еще не позволяет связать все наши направленные, мотивированные действия с лимбической системой, хотя бы уже по одному тому, что сходные расстройства возникают при поражении лобных долей мозга, но это лишний раз подтверждает, что локализация функций связана со многими этажами мозга. И можно согласиться, что именно лимбическая система принимает участие в механизмах планирования с последовательным

включением различных гомеостатических саморегулирующихся механизмов.

Кора мозга и вегетативная нервная система

Механизмы взаимосвязи коры и вегетативных нервных центров

Вегетативная нервная система, обеспечивающая все внутреннее хозяйство организма, функционально тесно связана с центральной нервной системой, в том числе и с корой головного мозга. Связь внутренних органов с корой головного мозга двусторонняя: поток импульсов идет не только от коры к внутренним органам, но и от внутренних органов, от их механо-, баро- и хеморецепторов к коре. Нет ни одного внутреннего органа, связь которого с корой мозга не могла бы быть продемонстрирована методом условных рефлексов. Можно предполагать, что осуществление этих связей с корой идет через глубинные структуры мозга, ретикулярную формацию и подкорковые ядра. Исследования в данной области имеют практическое значение, открывая возможность активного терапевтического воздействия на внутренние органы путем перестройки условных рефлексов.

Физиологической основой деятельности вегетативной нервной системы является рефлекс. Их отмечается здесь бесконечное множество, и в целом это саморегулирующиеся устройства. Механизм некоторых из них может быть чрезвычайно простым и расширяющим установленные представления о рефлекторной дуге. Это псевдорефлексы, протекающие в пределах одного аксона без участия какой бы то ни было нервной клетки. Кроме того, узловой характер вегетативной нервной системы обеспечивает замыкание рефлекторных дуг в узлах пограничного симпатического ствола, а возможно и в других периферических ганглиях.

Важной физиологической особенностью вегетативной нервной системы является ее способность реагировать не только на чисто нервные, но и в значительной степени на химические и гуморальные раздражения (намного шире и больше, чем это имеет место вообще в нервной системе). Так, химическое раздражение адреналином вызывает физиологический эффект, полностью совпадающий с эффектом, возникающим при раздражении симпатического нерва. Пилокарпин возбуждает периферические окончания парасимпатических нервов, атропин парализует их. Местное применение кокаина возбуждает периферические рецепторы симпатических нервов, то же самое дает применение эфедрина и фенамина. Морфин вызывает торможение деятельности гипоталамических центров.

Эти факты получили объяснение в учении о медиаторах, то есть химических веществах, с участием которых осуществляется передача возбуждения с нервного волокна на рабочий аппарат. Таким медиатором в парасимпатической нервной системе является широко распространенный в организме ацетилхолин, а в симпатической нервной системе — адреналин. Огромное количество связей в симпатической нервной системе и ее богатая периартериальная сеть по всем кровеносным сосудам обусловливают диффузность и распространенность вегетативных реакций. Именно благодаря этому поражение в одной части тела может привести к вегетативным расстройствам в другой части, непосредственно не связанной с очагом поражения. Это явление получило название отражения (реперкуссии), оно занимает видное место в патологических процессах в организме человека.

Взаимосвязь гипоталамуса с корой и подкорковыми структурами

Высшим вегетативным центром является гипоталамус, ядра которого находятся в стенках III желудочка и в основании мозга. На него оказывают влияние многие части мозга: кора, ретикулярная формация и ядра лимбической системы. В свою очередь

гипоталамус посылает ответные импульсы в кору, вегетативные центры ствола и спинного мозга и другие образования лимбико-ретикулярного комплекса.

Гипоталамус является одним из звеньев, участвующих в регуляции дыхания, кровообращения, температуры тела, голода и насыщения, водно-солевого баланса, жирового обмена и половой деятельности. Весьма существенным является влияние гипоталамуса на выработку гормонов гипофиза, этой «железы-хозяйки». И это тоже один из саморегулирующихся приборов. Так, крупные нейроны ядер гипоталамуса являются секреторными клетками, вырабатывающими вещества, которые по аксонам поступают в заднюю долю гипофиза. Сосуды, окружающие ядра гипоталамуса, объединяются в сеть, спускающуюся к передней доле гипофиза и питающую ее клетки. Из обеих долей гипофиза тропные гормоны по сосудам поступают в эндокринные железы, гормоны которых, в свою очередь, помимо воздействия на периферические ткани, оказывают влияние также на гипоталамус и переднюю долю гипофиза, тем самым, по-видимому, регулируя потребность в выделении в том или ином количестве различных тропных гормонов.

Особенно большую активность проявляют области гипоталамуса и гипофиза, а через них и кора надпочечников при стресс-реакции, когда мобилизуются все силы организма для отражения нападения или для выхода из труднопреодолимой ситуации. В этих случаях стресс-раздражитель, воздействуя через центральную нервную систему на гипоталамус, активирует его, а он, в свою очередь, стимулирует через сосудистую сеть переднюю долю гипофиза, которая выделяет адренокортикотропный гормон (АКТГ), усиливающий выделение кортикостероидов надпочечниками. Кортикостероиды оказывают активирующее действие на весь организм. Если к этому добавить, что при всяком напряжении включается симпатическая нервная система с выделением адреналина в кровь, который стимулирует активирующие механизмы ретикулярной формации, а эта последняя ведет к возбуждению коры мозга, гипоталамуса и выделению из гипофиза АКТГ, то мы получим полное представление о сложном регуляторном приборе.

Процессы торможения в коре головного мозга

Нормальная деятельность коры головного мозга осуществляется при обязательном, никогда не прекращающемся взаимодействии процессов возбуждения и торможения: первый ведет к выработке и осуществлению условных рефлексов, второй — к их подавлению. В зависимости от условий возникновения коркового торможения различают две его формы: безусловное, или врожденное, торможение (внешнее и запредельное) и условное, или выработанное.

Формы коркового торможения

Внешнее торможение

Внешнее торможение условных рефлексов наступает, когда во время действия условного раздражителя на организм действует раздражение, вызывающее какой-либо иной рефлекс. Другими словами, внешнее торможение условных рефлексов обусловливается тем, что во время возбуждения коркового очага условного рефлекса в коре мозга возникает другой очаг возбуждения. Очень прочные и сильные условные рефлексы тормозятся труднее, чем более слабые.

Гаснущий тормоз

Если посторонний раздражитель, применение которого обусловливало внешнее торможение условных рефлексов, вызывает лишь ориентировочный рефлекс (например, звонок), то при многократном применении данного постороннего раздражителя ориентировочный рефлекс на него все более уменьшается и исчезает; тогда посторонний

агент не вызывает внешнего торможения. Это слабеющее тормозящее действие раздражителей обозначается как гаснущий тормоз. В то же время существуют раздражители, действие которых не ослабевает, как бы часто их ни применяли. Например, пищевой рефлекс тормозится при возбуждении центра мочеиспускания.

В конечном итоге исход столкновения в коре мозга процессов возбуждения, возникающих под влиянием разных раздражителей, определяется силой и функциональной ролью возникающих при их действии возбуждений. Слабое возбуждение, возникшее в каком-либо пункте коры, иррадиируя по ней, часто не тормозит, а усиливает условные рефлексы. Сильное же встречное возбуждение тормозит условный рефлекс. Существенно важно также биологическое значение безусловного рефлекса, на котором основан условный, подвергаемый воздействию стороннего возбуждения. Внешнее торможение условных рефлексов по механизму своего торможения сходно с торможением, наблюдаемым в деятельности других отделов центральной нервной системы; для его возникновения не нужно каких-то определенных условий действия тормозящего раздражения.

Запредельное торможение

Если интенсивность условного раздражителя возрастает сверх некоторого предела, то результатом является не усиление, а уменьшение или полное торможение рефлекса. Точно так же одновременное применение двух сильных условных раздражителей, из которых каждый в отдельности вызывает значительный условный рефлекс, ведет к уменьшению условного рефлекса. Во всех таких случаях уменьшение рефлекторного ответа вследствие усиления условного раздражителя обусловливается возникающим в коре мозга торможением. Это торможение, развивающееся в коре мозга как ответ на действие сильных или частых и длительных раздражений, обозначается как торможение запредельное. Запредельное торможение может также проявляться в виде патологической истощаемости процесса возбуждения. При этом процесс возбуждения, нормально начавшись, очень быстро обрывается, сменяясь торможением. Здесь налицо тот же переход возбуждения в торможение, но, в отличие от нормы, он происходит чрезвычайно быстро.

Внутреннее торможение

Внутреннее, или условное, торможение, характерное для деятельности высшего отдела нервной системы, возникает, когда условный раздражитель не подкрепляется безусловным рефлексом. Внутреннее торможение возникает, следовательно, при нарушении основного условия образования временной связи — совпадения по времени двух очагов возбуждения, создаваемых в коре при действии условного и подкрепляющего его безусловного раздражителей.

Каждый условный раздражитель может быть быстро превращен в тормозной, если он повторно применяется без подкрепления. Неподкрепляемый условный раздражитель вызывает тогда процесс торможения в тех же самых образованиях коры больших полушарий, в которых он ранее вызывал процесс возбуждения. Таким образом, наряду с положительными условными рефлексами существуют и отрицательные, или тормозные, условные рефлексы. Они сказываются угнетением, прекращением или недопущением возбуждений в те органы тела, деятельность которых вызывалась данным положительным условным раздражителем до его превращения в тормозной. В зависимости от того, как осуществляется неподкрепление условного раздражителя безусловным, различают четыре группы случаев внутреннего торможения: угасание, дифференцировка, запаздывание и условный тормоз.

Нормальный сон как процесс торможения, иррадиированного по коре мозга

Если создаются условия для широкой и длительной иррадиации торможения по коре головного мозга, то она делается невосприимчивой ко всем падающим на нее из внешнего мира раздражителям и более не воздействует на скелетную мускулатуру — голова опускается, веки закрываются, тело становится пассивным, организм не отвечает на звуковые, световые и другие раздражения, то есть наступает сон.

Механизмы возникновения сна

Многочисленные опыты показали, что сон наступает, когда стимулы, которые приобрели тормозное значение, адресуются в кору без противопоставления им положительных условных раздражителей. Так, если часто применять один и тот же условный раздражитель, клетки коры, воспринимающие это раздражение, переходят в тормозное состояние и торможение распространяется по всей коре — организм погружается в сон.

Таким образом, в основе сонного состояния лежит обширная иррадиация по коре тормозного процесса, который может спускаться и на ближайшие подкорковые образования. Моментами, вызывающими или ускоряющими наступление сонного состояния, являются все факторы, связанные с условиями, в которых сон наступает при обычном режиме жизни. Сюда относятся определенное время суток, связанное с ежесуточным периодом сна, поза и обстановка сна (например, лежание в постели). Кроме того, для наступления сна существенно важно выключение положительных условных и безусловных раздражителей, воздействующих на кору головного мозга. Сюда относятся ослабление внешних раздражений (тишина, темнота) и расслабление скелетной мускулатуры, ведущее к значительному уменьшению потока импульсов от ее рецепторов. О значении последнего фактора говорят исследования, показавшие, что у человека в момент засыпания обычно уменьшается тонус скелетной мускулатуры.

Наглядным доказательством неизбежности иррадиации торможения по коре при отсутствии притока в нее раздражающих импульсов является следующий случай. У одного больного на почве истерического паралича из всех рецепторов функционировали лишь один глаз и одно ухо. Стоило данному пациенту закрыть здоровый глаз, как он сразу засыпал.

При нормальном сне деятельность органов, получающих импульсы по волокнам вегетативной нервной системы, изменяется. Сердце сокращается реже, кровяное давление несколько падает, обмен веществ снижается, дыхание урежается, содержание углекислоты в крови возрастает, температура слегка снижается. Эти сдвиги, несомненно, связаны с изменением возбуждения в ядрах гипоталамической области, но причиной этих изменений является более или менее полное выключение деятельности коры головного мозга, охваченной иррадиирующим по ней торможением.

Охранительное значение торможения

На сегодняшний день считается, что запредельное торможение является своего рода защитным механизмом. Оно оберегает нервные клетки от истощения, которое наступило бы, если бы возбуждение усилилось сверх некоторого предела или удерживалось бы без перерыва сверх известного срока. Наступающее тогда торможение, не будучи само утомлением, выступает в роли охранителя клетки, предупреждающего дальнейшее чрезмерное раздражение, чреватое разрушением этой клетки. За время тормозного периода, оставаясь свободной от работы, клетка восстанавливает свой нормальный состав. Поэтому запредельное торможение, охраняющее корковые клетки от истощения, может быть названо и охранительным торможением. Охранительное значение свойственно не только запредельному торможению, но и сонному.

Механизмы возникновения запредельного торможения

По условиям своего возникновения запредельное торможение сходно с

торможением, возникающим в ответ на сильное раздражение рецепторов или периферических нервных волокон в низших отделах центральной нервной системы. Однако в коре мозга запредельное торможение постоянно возникает в ответ на действие условных раздражителей, причем его возникновение может зависеть не только от физической, но и от физиологической силы раздражения, определяемой биологической ролью рефлекса. Развитие запредельного торможения зависит вместе с тем от функционального состояния корковых клеток; последнее, в свою очередь, зависит от роли временных связей, в которые эти клетки включены, от влияний со стороны других корковых очагов, от кровоснабжения мозга, от степени накопления в его клетках энергетических ресурсов.

Каждое проявление торможения в коре мозга вряд ли можно рассматривать как запредельное торможение, так как в противном случае пришлось бы считать, что каждый угашаемый или дифференцируемый раздражитель становится вследствие неподкрепления превышающим предел силы (запредельным). Вряд ли можно отнести к запредельному торможению и те случаи безусловного (внешнего) коркового торможения, которое возникает в результате действия слабых необычных раздражителей, вызывающих лишь слабую ориентировочную реакцию, но легко приводящих к развитию сна. Это, однако, отнюдь не означает, что различные случаи торможения являются совершенно особым состоянием. Вероятнее, что различные случаи торможения имеют в своей природе один и тот же процесс, отличаясь друг от друга по скорости течения этого процесса, по его интенсивности и условиям возникновения.

Запредельное торможение, первично возникая в тех образованиях мозговой коры, в которые адресуется действие сильных (или частых и длительных) раздражений, может иррадиировать по коре, приводя ко сну. Сон может наступать, сменяя первоначальное возбуждение, как при действии сильных раздражений, так и при длительном или часто повторяющемся действии слабых агентов.

Теория охранительного значения торможения привела к предположению, что сон, предохраняя корковые клетки от истощения, должен способствовать восстановлению нормальных функций мозговой коры, если они нарушены в результате тех или иных патологических процессов. Ряд фактов полностью подтвердил эту мысль. Было показано, что после введения различных ядовитых веществ сон, умышленно вызываемый введением снотворных, способствует более быстрой ликвидации патологических расстройств, которые без этого подчас бывали даже необратимы. Значительные результаты дало лечение сном в психиатрической клинике, особенно при лечении шизофрении и других заболеваний. Благоприятное влияние терапии сном отмечено в эксперименте и в клинике после тяжелых контузионных травм черепа, при борьбе с шоком. Отмечен также благоприятный результат так называемой сонной терапии при некоторых болезнях, то есть искусственное удлинение сна.

Аналитическая и синтетическая деятельность коры головного мозга

Деятельность коры больших полушарий обеспечивает постоянный анализ и синтез раздражений, падающих на организм из внешней среды и возникающих в нем самом. Будучи внешне противоположными, как внешне противоположны лежащие в их основе явления торможения и возбуждения, анализ и синтез неразрывно друг с другом связаны и друг без друга невозможны.

Синтетический процесс в коре головного мозга

Нервный синтез — это объединение друг с другом различных раздражителей в их действии на организм, их связывание механизмом рефлекса с теми или иными функциями организма. Все явления замыкания нервной связи между различными агентами,

раздражающими рецепторы, и ответной деятельностью организма являются проявлением синтетической деятельности нервной системы. Постоянное замыкание, обеспечивающее наличие безусловных, врожденных рефлексов, ведущих к возникновению всегда одной и той же реакции на раздражение рецепторного поля каждого такого рефлекса, относится к простым проявлениям синтетической деятельности. Переменное замыкание, обеспечивающее выработку временных связей, благодаря которым деятельность организма определяется условиями действия каждого раздражителя, его сигнальным значением, является высшей формой синтеза, корковым синтезом, деятельностью коры головного мозга.

На организм посредством раздражения огромной массы его разнообразных рецепторов всегда одновременно действует ряд различных агентов как внешней, так и внутренней среды. Равновесие организма с разнообразными условиями существования достигается только благодаря различному реагированию на многочисленные изменения в окружающей среде и в нем самом. Различное реагирование организма на различные агенты возможно лишь тогда, когда каждый из них действует иначе, чем другие, когда каждый из них отграничен в своем действии от других. Анализ и заключается в разложении огромной массы раздражений, производимых всеми действующими на организм агентами на различные анализаторы, функционирующие в динамической связи.

Аналитическая деятельность коры головного мозга

Под анализаторами принято понимать совокупность всех нервных образований, отвечающую за восприятие какого-либо вида информации и включающую в себя периферический отдел — рецепторы. В центральную часть каждого анализатора, образуя его низшие отделы, входят: образования спинного и продолговатого мозга, центры, расположенные между продолговатым мозгом и корой, сама кора головного мозга.

Вся аналитическая деятельность основана на процессе торможения, так как лишь этот процесс обеспечивает ограничение иррадиации возбуждения по центральной нервной системе. Выделяемые аналитической деятельностью раздражения являются тем более дробными, чем ограниченнее распространение по центрам нервного возбуждения, возникающего в них при стимуляции каждого рецепторного образования. Деятельность низших центров обеспечивает лишь такую форму анализа, в результате которой раздражение каждой группы рецепторов вызывает различный, но для рецепторного поля каждого рефлекса всегда относительно постоянный рефлекторный ответ. Данный анализ не только груб, но и статичен. Распределение торможения и возбуждения зависит прежде всего от того, с каких рецепторов и с какой частотой и силой импульсы поступают в низшие центры, а не от тех условий, в которых организму ранее наносились раздражения.

Кора головного мозга обеспечивает осуществление высшего анализа, основанного на условном торможении, на торможении, которое формируется в коре мозга в зависимости от условий действия раздражителей, в зависимости от их подкрепления или неподкрепления. Благодаря процессу внутреннего, условного торможения из массы раздражений, постоянно и непрерывно доходящих до коры, во временные связи с теми или иными функциями вступают только те агенты и комплексы агентов, действие которых подкрепляется безусловным раздражителем.

Типы нервной системы

Как житейский опыт, так и научные данные показывают, что отдельные особи, образующие какой-либо вид живых существ, наряду с общими признаками, характерными для всех индивидуумов этого вида, обладают рядом черт, свойственных именно данным особям. Этот вывод целиком относится и к функциям больших полушарий, причем именно различные индивидуальные особенности деятельности больших полушарий более

всего определяют индивидуальные особенности всех функций организма.

В настоящее время физиология больших полушарий располагает точными приемами, позволившими установить основные функциональные характеристики свойств коры головного мозга и создать на этой основе учение об основных типах нервной системы.

Функциональные особенности коры головного мозга

Сила нервных процессов

Функциональные свойства коры мозга характеризуются, во-первых, по признаку, который назван силой нервных процессов. Понятие силы вытекает из понятия о работоспособности и относится как к процессам возбуждения, так и к тормозным процессам. Как уже известно, сильный раздражитель дает сильный эффект лишь в том случае, если интенсивность раздражителя не переходит за известный предел. Когда этот предел превышен, процесс возбуждения сменяется тормозным процессом, в результате чего величина рефлекторного ответа на такой сверхсильный раздражитель падает (запредельное торможение). Таким образом, имеется возможность измерить предел работоспособности корковых нервных клеток в отношении развития ими процесса возбуждения. Опыт показывает, что существуют сильные типы нервной системы, характеризуемые высоким пределом работоспособности, и типы слабые, с низким пределом работоспособности нервной системы.

Уравновешенность нервных процессов

Кроме того, деятельность больших полушарий характеризует признак уравновешенности. Под этим термином понимают соотношение, баланс между силой раздражительного и силой тормозного процессов. Оба эти процесса могут быть развиты одинаково, и тогда говорят об уравновешенной нервной системе. Но иногда один процесс выражен больше, чем другой, и тогда говорят о неуравновешенном типе.

Подвижность нервных процессов

Третьей важной чертой, характеризующей работу больших полушарий, является подвижность корковых процессов. Так как и в обычной жизненной обстановке, и в экспериментальных условиях нередки случаи, когда требуется быстрая смена одного процесса, идущего в каком-либо функциональном корковом очаге, на другой процесс (например, смена раздражительного процесса на тормозной или наоборот), то очень важно, чтобы основные корковые процессы были достаточно подвижны, когда один нервный процесс легко и быстро сменяется другим, ему противоположным. По этому признаку типы нервной системы можно разделить на подвижные и малоподвижные, застойные, у которых эта смена протекает медленно и с трудом.

Классификация типов нервной системы в зависимости от качества реакций

В результате изучения огромного количества отдельных фактов на основе применения специальных методик удалось установить наличие следующих четырех основных типов нервной системы.

I. Тип сангвиника, или живой тип. Это, так сказать, идеальный тип, стоящий в центре классификации. Отличается он хорошим развитием всех основных функциональных признаков корковых клеток: сильным процессом возбуждения и сильным тормозным процессом, приблизительно одинаковой силой обоих процессов, то есть уравновешенностью, а также хорошей подвижностью, то есть быстротой и легкостью смены одного нервного процесса на другой.

II. Тип меланхолика, или слабый тип. Характернейшей чертой людей этого типа

является малая работоспособность корковых элементов, что обусловливает у них частое наличие запредельного торможения (безусловного). У этого типа слаб как процесс возбуждения, так и тормозной процесс, но преобладают в корковой динамике все же процессы торможения. Принадлежащие к этому типу люди в своем поведении обнаруживают черты робости и трусости, имеется множество вариаций этого типа.

III. Тип холерика, или безудержный тип. Люди этого типа обладают большой силой обоих нервных процессов, но процесс возбуждения у них резко преобладает над относительно более слабым тормозным. Отсюда характерная черта данного типа — неуравновешенность. В этом типе также имеются различные вариации.

IV. Тип флегматика, или спокойный тип. Характерной чертой этого типа является малая подвижность, то есть застойность корковых процессов. Обладая иногда большой силой и уравновешенностью нервной системы, люди этого типа с трудом и медленно сменяют один процесс другим.

Надо иметь в виду, что вышеприведенная классификация является, как всякая классификация, лишь удобной схемой. В действительности, кроме вышеперечисленных типов, встречается много индивидуумов, принадлежащих к различным промежуточным типам.

Причисление данного человека к тому или иному типу затрудняется еще и следующим обстоятельством. Дело в том, что особенности нервной системы каждого человека представляют собой результат сложного взаимодействия черт как унаследованных, так и приобретенных в результате разнообразных, происходящих в течение индивидуального развития взаимодействий с окружающей средой.

Опыт показывает, что черты, передавшиеся по наследству, могут подвергнуться значительному изменению благодаря тому, что большие полушария обладают большой пластичностью. Причина такого расхождения заключается в условиях воспитания, полученного в ранний период жизни.

Мощное влияние на характерные особенности нервной системы обнаруживается и в условиях длительно существующей окружающей обстановки. Путем осторожной тренировки, основанной на знании законов корковой деятельности, можно значительно улучшить слабый тип нервной системы человека, сделав его более сильным. Таким образом, черты, переданные по наследству, не являются чем-то роковым и неизбежным — они могут быть изменены.

Понятие типа нервной системы не ограничивается теми физиологическими свойствами, которые непосредственно характеризуют функции коры больших полушарий. Типовые особенности отражаются и на других системах организма. Таким образом, с точки зрения физиологической тип — это определенная вариация всего организма в целом. Установлено, что у представителей разных типов нервной системы изменения и нарушения деятельности внутренних органов, возникновение патологических процессов происходят с неодинаковой легкостью и отличаются известными особенностями.

Фармакологические и эндокринные воздействия на большие полушария. Функциональная патология больших полушарий

Центральная нервная система очень чувствительна к колебаниям химического состава омывающей ее крови. Различные соединения, вводимые в организм с лечебной целью, так называемые фармакологические вещества, оказывают сильное влияние на нервную систему.

Например, действие кофеина на большие полушария заключается в том, что он усиливает процесс возбуждения. Под влиянием кофеина возбудимость корковых клеток повышается, и человек обычно реагирует более стремительно и энергично. В этом случае эффект зависит от типа нервной системы, от дозы кофеина и от функционального состояния больших полушарий. Чем слабее нервная система, тем меньшие дозы нужно

применять для получения нужного эффекта.

Влияние эндокринных нарушений на высшую нервную деятельность человека известно давно. Гормоны оказывают резкое влияние на столь чувствительный орган, как большие полушария головного мозга, и изменение содержания в крови различных гормонов ведет поэтому к значительным изменениям условных рефлексов.

Чаще всего какое-либо патологическое состояние центральной нервной системы возникает в результате перенапряжения основных процессов коры головного мозга — возбуждения или торможения. Так, невроз может развиться в результате перенапряжения процесса возбуждения при действии чрезмерно сильных раздражителей или в результате перенапряжения тормозных процессов. В механизме возникновения невроза наблюдают так называемый срыв, который может характеризоваться преобладанием как раздражительного, так и тормозного процесса.

При преобладании процесса возбуждения дифференцировки исчезают, проявляется двигательное беспокойство, нарушаются нормальные силовые соотношения между силой раздражителя и величиной условного рефлекса. При преобладании тормозного процесса уменьшаются и исчезают положительные условные рефлексы, развивается сонливость. Разные проявления срыва возникают также при перенапряжении подвижности нервных процессов, при резком переходе процесса возбуждения в тормозной и обратно.

Наиболее общая характеристика невроза состоит в том, что при нем наблюдается хаотичность и неадекватность поведения. Невротические состояния, как об этом уже говорилось, могут возникать и как результат вмешательства в нормальную деятельность желез внутренней секреции.

Явления срыва, развитие функциональных неврозов особенно легко возникают у представителей крайних типов нервной системы, то есть у людей неуравновешенного, безудержного типа (холериков), и особенно у людей со слабым тормозным типом нервной системы (меланхоликов). У первых срыв преимущественно наблюдается в форме преобладания возбуждения, а для вторых обычно характерно нарушение и без того слабого раздражительного процесса, срывы в сторону еще большего преобладания торможения. Таким образом, главные «поставщики» неврозов — это крайние типы, хотя, конечно, специальными мерами можно добиться срыва нормальной высшей нервной деятельности и у сильных типов — сангвиника и флегматика.

Как правило, невроз сказывается не тотчас после действия патогенного агента, а через один или даже несколько дней. Патофизиологический процесс, лежащий в основе хаотичности и неадекватности поведения, характеризуется тем, что корковые нервные клетки слабеют, то есть понижается предел их работоспособности; наступает инертность нервных процессов (чаще всего процесса возбуждения) или, наоборот, чрезмерная, патологическая подвижность корковых процессов. Патологическая подвижность выражается в форме чересчур стремительно наступающей в момент начала раздражения реакции, которая еще во время раздражения сменяется торможением (картина так называемой взрывчатости, раздражительной слабости). Значительная часть неврозов, вызывая патологические отклонения в сфере высшей нервной деятельности, ведет часто к весьма значительным расстройствам функций внутренних органов.

Этиология психосоматических заболеваний

Выработка системы строго обоснованных практических профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий должна опираться на твердые знания сущности психосоматического заболевания, его причин, условий возникновения, влияния среды, индивидуальных черт личности на формирование клинической картины, течение и исход патологического процесса. Патология психической деятельности резко расстраивает наиболее полные и совершенные формы приспособления человека к среде и наиболее сложные формы отражения действительности.

Существует огромное количество факторов, способных вызвать психосоматическое заболевание. Одни из них хорошо известны, о характере других можно судить лишь по косвенным признакам. Развитие знаний в области этиологии психосоматических заболеваний — далеко не завершившийся процесс.

Классификация причин психосоматических заболеваний

Причины психосоматических нарушений делят на внешние по отношению к организму — экзогенные и внутренние — эндогенные. К экзогенным болезнетворным агентам относят инфекции, интоксикации, травматические повреждения мозга, церебральные опухоли, психогении, соматогении. Эндогенные причины связаны с наследственностью, конституциональными особенностями человека, возрастными сдвигами. Разделением этиологических факторов на экзогенные и эндогенные широко пользуется практическая психиатрия; этиологический принцип является решающим в создании классификации психосоматических заболеваний. Теоретически же деление вредоносных факторов на экзогенные и эндогенные неправомерно.

Это можно понять, если представить себе, что все реакции организма человека сформировались в ходе длительной эволюции человека в ответ на разнообразные воздействия окружающей среды. Какая-то часть этих реакций, целесообразная с точки зрения выживания человеческого вида, закрепилась в обмене веществ и стала наследственной особенностью. Таким образом, индивидуальная в прошлом форма ответа на определенные средовые влияния оказалась запрограммированной для последующих поколений. Иными словами, то, что является эндогенным для данного субъекта, было экзогенным для его предков. На этом чрезвычайно сложном пути эволюции человека изменялись не только реакции приспособления организма к среде обитания, но и сама среда. Человек постоянно занимался преобразованием среды, приспосабливая ее к себе. И эти преобразования, в свою очередь, изменяли самого человека. Встреча с вредоносным фактором еще не означает фатальной неизбежности заболевания. Так, среди находящихся в тесном контакте с инфекционными больными всегда имеются лица, нечувствительные или малочувствительные к инфекции. Для того чтобы неблагоприятное воздействие вызвало заболевание, необходимо определенное состояние организма. Таким образом, этиология (причина) болезненного явления не может быть приравнена к самому этому неблагоприятному фактору.

Зависимость возникновения психосоматических заболеваний от различных условий

Причина болезни с методологических позиций есть процесс взаимодействия болезнетворного влияния с организмом, способным соответствующим образом воспринять это влияние. Даже при наличии одинаковой наследственности у близнецов психосоматическое заболевание одного из них не означает 100%-ного риска для другого. Вот почему в отношении эндогенной вредности следует говорить о наследовании не психосоматического заболевания, а предрасположенности к нему. Реализуется предрасположение в заболевание или нет — это в значительной степени зависит от условий той среды, в которой живет и работает человек. Эпидемиологическими исследованиями последних лет выявлено, что спонтанное начало заболевания отмечается лишь в 1/3 случаев, у большинства больных начало болезни бывает спровоцировано психотравмирующей ситуацией, соматическими заболеваниями, алкогольной интоксикацией. Кроме того, оказалось, что у больных, чувствительных к экзогениям, те же неблагоприятные факторы способны вызвать повторные обострения и рецидивы. Изучение внешнесредовых воздействий, в связи с которыми начинается заболевание, чрезвычайно важно для целей психопрофилактики.

Для болезнетворного воздействия экзогенных вредностей роль условий еще более значима. Доказано, что люди с сильным типом высшей нервной деятельности, прежде устойчивые к стрессу, после резкого изменения каких-либо факторов (тяжелого длительного заболевания) легко заболевают неврозами. Велика роль пола и возраста как факторов, способствующих или препятствующих появлению определенных психосоматических заболеваний. Повышенная эмоциональность, более выраженная цикличность и обменные сдвиги, связанные с особенностями генеративной функции (менструальный цикл, беременности, роды, лактация, климакс), — все это объясняет намного большую частоту психосоматических нарушений у женщин, чем у мужчин. С различиями в социальном функционировании и образе жизни можно связать неодинаковую распространенность психопатологий среди мужского и женского населения.

Факторы возникновения психосоматических заболеваний

Возрастной фактор

Существует лишь небольшое число психосоматических заболеваний, которые прямо или косвенно в своем начале не привязаны к возрастному фактору. Резкие возрастные сдвиги (пубертатный криз, климакс) с присущими организму в эти периоды трудностями адаптации и компенсации являются предрасполагающими к началу многих психосоматических патологий. Еще более значима роль возрастного фактора при психопатологиях старческого возраста.

Производственный фактор

Производственный фактор предстает в разном качестве — то как причина психического расстройства (при профессиональных заболеваниях), то как его условие. Например, шум, вибрация, эмоциональные перегрузки в условиях производства могут утяжелить сосудистое заболевание и тем способствовать появлению психопатологической симптоматики.

Сезонный фактор

Фактор сезонности является значимым для периодически протекающих эндогенных психопатологий, метеотропный фактор играет существенную роль в развитии болезни у лиц с сосудистой патологией или с резидуальными последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. Можно назвать и другие факторы индивидуального или массового значения, способствующие началу заболевания. Важно подчеркнуть, что без наличия причины только предрасполагающие к этому условия не в состоянии вызвать психосоматическое заболевание. Таким образом, и причины болезней, и условия, провоцирующие их появление, могут быть как экзогенными, так и эндогенными. На практике бывает крайне трудно, а порой и невозможно разделить причины и условия заболевания в каждом конкретном случае. Это в свое время дало основание для объявления некоторых заболеваний полиэтиологическими.

Патогенез психосоматических заболеваний

Патогенез — механизм развития болезни. Патогенетические механизмы наследственно детерминированы и у современного человека сложились в результате длительного естественно-исторического его развития. Запрограммированный патогенетический процесс включает в себя физиологические (в том числе рефлекторные), биохимические, электрофизиологические, психические реакции и структурные изменения органов и тканей, то есть патогенез развертывается не только во времени, но и в определенном пространстве, имеет соответствующую локализацию.

Морфологические изменения подчинены определенным закономерностям развития, они иллюстрируют отдельные фазы процесса, обычно стереотипного и циклического, придают всему процессу относительную устойчивость. Патогенез поэтому подразумевает территориальность процесса, а последняя находит свое отражение в клинической истории болезни. Благодаря патогенезу действие причин опосредуется реакциями организма. На огромное многообразие различных болезнетворных причин организм отвечает ограниченным набором реакций. Выбор реакции, ее направленность, качество, мера — все это определяется возможностями самого организма. Если таких возможностей нет или они резко ограничены, то и ответной реакции не будет либо она окажется резко обедненной в своем выражении.

В соответствии с современной общей теорией патологии преформированный патогенетический процесс подчиняется закономерностям саморазвития, самодвижения. Причина заболевания может действовать одномоментно, но она приводит в движение большое число компенсаторных и приспособительных ответов, включающихся последовательно по типу цепной реакции. Одна и та же причина может вводить в действие разные программы: какую именно — зависит от дополнительных условий. Так, злоупотребление алкоголем является причиной многих заболеваний. Вместе с тем разные причины могут замыкаться на одну и ту же программу, иметь одинаковый патогенез. Таким образом, патогенез определяет клинику заболевания, его симптоматику, направленность синдромообразования, форму течения патологического процесса, его исход. Но ни этиология, ни патогенез, взятые отдельно, не определяют собой существа нозологической формы. В нозологической форме этиология и патогенез выступают в единстве: к одной и той же нозологической форме относятся лишь случаи с одинаковыми этиологией и патогенезом.

Зависимость развития патологического процесса от индивидуальных особенностей организма

Теоретическая модель психосоматической болезни — понятие типовое, обобщенное. В реальной действительности болезнь поражает определенного человека и наделена индивидуальными особенностями реагирования именно данного конкретного субъекта. Эти особенности находятся в зависимости от исходного состояния организма, типа высшей нервной деятельности и характерологических черт, пола, возраста, наследственности, иммунологической реактивности, прошлого опыта, перенесенных заболеваний и других моментов, характеризующих конституцию больного.

Индивидуальное видоизменяет реагирование, способствует появлению отклонений в клинике болезни от ее усредненного профиля. Поскольку каждый человек представляет собой единственное и неповторимое явление природы, то атипичное в болезни более закономерно, чем типичное.

Нозологические заключения лишь в общей форме отражают реальную действительность. Они правдоподобны, но не отражают всей полноты события индивидуального значения. Все этиологические факторы лишь относительно патогенны, а возникающие патологические процессы в принципе неоднородны, потому что индивидуальны.

При постановке нозологического диагноза, чтобы понять происхождение атипичного в клинической картине, необходимо тщательное обследование больного с подробным анализом анамнестических данных на протяжении всей жизни. Знание вопросов патогенеза способствует разработке рациональной, так называемой патогенетической терапии. Такая терапия направлена на то, чтобы разорвать цепные реакции, являющиеся основанием для клинического выражения болезни.

При резком и массивном воздействии вредоносного фактора психосоматические заболевания начинаются остро. В других случаях граница между психическим здоровьем

и болезнью бывает настолько нечеткой, что при определении начала и продолжительности психосоматического заболевания возможны ошибки, исчисляемые годами. Такое незаметное, медленное начало характерно для хронически протекающих психопатологий. Вместе с тем нередко наблюдаются случаи, когда остро начавшееся заболевание в последующем переходит в хроническую форму и растягивается на каком-то этапе на многие годы или, наоборот, длительное, постепенное начало болезни вдруг прерывается резким обострением с быстрым усложнением симптоматики, а затем происходит переход в устойчивую ремиссию с возвращением человека к нормальному образу жизни. Кроме того, то, что принимается за острое начало, при внимательном изучении иногда оказывается уже манифестацией психопатологии, не распознанной на раннем этапе постепенного накопления болезненных изменений.

На протяжении психосоматического заболевания выделяют следующие его основные периоды: продромальный — период наиболее ранних симптомов, манифестный — период разгара заболевания, период обратного развития и редукции симптоматики и затухания активности болезненного процесса.

Нейроморфологические изменения при психосоматических расстройствах

Психосоматические нарушения являются следствием патологии мозга.

Однако патологоанатомические изменения, с которыми можно было бы связать возникновение и развитие симптоматики, обнаруживаются не при всех заболеваниях. Это дало в свое время основание для разделения всех психопатологических состояний на функциональные и органические. К первым безоговорочно относили различные виды неврозов, психогении, психозы, ко вторым — те, которые имеют характер органического процесса.

Методы исследования при психосоматических заболеваниях

Совершенствование техники морфологических исследований, появление таких высокочувствительных методов, как гистохимия, электронная микроскопия, позволили понять суть многих функциональных процессов, происходящих в организме на уровне клетки, синапса, рецептора в норме и патологии. Это утвердило мнение о том, что всякое изменение функции имеет в своей основе изменение структуры. В отношении психосоматических заболеваний такие современные методы, как электронная микроскопия, имеют лишь ограниченное применение, поскольку они ориентированы на фиксацию морфофункционального состояния живой ткани. Поэтому по-прежнему основное внимание уделяется результатам традиционных методов исследования — макроскопического и нейрогистологического. Исторически эти методы развивались на основе клинических данных путем клинико-морфологических сопоставлений. В этой связи патологоанатомические исследования являются продолжением клинических.

Патологоанатомические исследования

При проведении патологоанатомических исследований производят наружный осмотр мозга, отмечают его размеры, массу, консистенцию, состояние мозговых оболочек, борозд и извилин, изменения ткани, обнаруживаемые на поперечных срезах. Все патологоанатомические изменения могут быть сведены в три группы:

- аномалии развития мозга;
- изменения, отображающие особенности прижизненного церебрального процесса: воспалительного или дистрофического, поражающего нервную ткань первично или вторично вследствие первичного повреждения мезенхимы (сосудистый процесс, оболочечный);
- резидуальные явления, связанные с наличием в мозге рубцов, дефектов мозговой

ткани.

Таким образом, патологоанатомические данные не только помогают уточнить диагноз, но и позволяют составить представление о патогенезе заболевания, поскольку имеется возможность получить информацию о характере процесса, локализации его в мозге и избирательности поражения ткани, остроте, фазе болезни (начало, течение, исход), об общей реакции организма на заболевание и о состоянии внутренних органов. В некоторых случаях патологоанатомические исследования помогают выявить причинный фактор, то есть этиологию болезни. Так, при прогрессивном параличе или каком-либо другом заболевании нервной системы удается увидеть в мозге соответствующего возбудителя.

При травмах, нарушениях кровообращения, интоксикации можно определить этиологию страдания на основании общей картины изменений в мозге.

Макроскопические исследования

При макроскопическом исследовании можно обнаружить лишь грубые изменения мозга. Прежде всего обращают на себя внимание поражения оболочек мозга: их утолщение, сращение твердой мозговой оболочки с внутренней поверхностью черепа, а мягкой — с веществом мозга, явления серозного или гнойного воспаления, свежие и старые кровоизлияния.

На основании мозга встречаются субарахноидальные кисты (например, в отдаленном периоде перенесенной черепно-мозговой травмы), при церебральном атеросклерозе видны склерозированные крупные кровеносные сосуды.

В оболочках и желудочках мозга может быть увеличено количество спинно-мозговой жидкости (наружная и внутренняя гидроцефалия). Хроническая гидроцефалия приводит к атрофии мозгового вещества, боковые желудочки сливаются в одну общую полость, а мозг превращается в тонкостенный пузырь. Количество спинно-мозговой жидкости уменьшается при новообразованиях мозга.

При прогрессивном параличе, а иногда при некоторых возрастных изменениях на дне IV желудочка хорошо виден зернистый эпендимит.

При осмотре самого мозга могут быть установлены изменения его объема: увеличение (мегалоэнцефалия) или уменьшение (микроцефалия). При нарушениях развития мозга извилины могут отсутствовать; они могут наблюдаться в большом количестве, но быть очень мелкими или, наоборот, утолщенными, но встречаться в небольшом количестве.

Во многих случаях на вскрытии обнаруживается гиперемия или анемия мозга. При осмотре в мозге также хорошо видны последствия травматических повреждений, кровоизлияния, размягчения, кисты, аневризмы сосудов, опухоли, рубцы.

Общие сведения о симптомах психосоматических нарушений

Наиболее важную информацию для распознавания психосоматических заболеваний можно получить при выявлении, учете и анализе клинических признаков психопатии, ее знаков — симптомов. Симптомы являются производными заболевания, его частью. Они порождены теми же причинами и патогенетическими механизмами, что и болезнь в целом. Поэтому своими особенностями симптомы отображают и общие свойства самого заболевания, и его отдельные качества.

Динамикой симптоматики создается история развития заболевания — не только в прошлом, но и в дальнейшем. На основании знания закономерностей формирования симптомов, их содержания, сочетаний, чувствительности к терапевтическому воздействию можно не только успешно диагностировать психосоматическое заболевание, но и судить о тенденциях его дальнейшего развития.

Диагностическая значимость различных симптомов

Информационная емкость симптомов неодинакова. Например, ускорение или замедление темпа мышления, двигательное возбуждение, истощаемость внимания и другие симптомы практически не бывают представлены самостоятельно. Они могут лишь рассматриваться в комплексе с другими, связанными с ними признаками болезни. Диагностическая значимость симптома определяется степенью его специфичности. Истощаемость внимания, бессонница, головная боль, раздражительность, снижение настроения и другие астенические и аффективные симптомы наблюдаются не только при психосоматических заболеваниях, но и при тяжелых соматических, неврологических и психических заболеваниях.

Специфичность симптомов

Степень специфичности и диагностическая значимость симптома тем больше, чем ближе он к индивидуальным особенностям данного случая. Любой обобщенный симптом малоспецифичен; при его констатации никогда нельзя сказать, о каком заболевании идет речь. Конкретное же заболевание привносит в клиническую картину симптомов свои черты, свои особенности, по которым распознается не симптом вообще, а симптом, свойственный тому или иному заболеванию, Например, на бессонницу жалуется и больной неврастенией, и больной, страдающий церебральным атеросклерозом, и больной психопатией. Но все эти больные не спят по-разному. Для неврастеника характерна недостаточность внутреннего торможения, определяющая появление раздражительной слабости, нетерпеливости и других симптомов. При слабости тормозных реакций сон оказывается очень поверхностным, больные на протяжении ночи часто пробуждаются под воздействием незначительных раздражителей. Вполне естественно, что такой сон не дает отдыха.

Больной психозом всю ночь не может сомкнуть глаз. Он ни на минуту не в состоянии отвлечься от своих тягостных переживаний; прошлое кажется ему цепью ошибок, будущее — беспросветно. За ночь больной так измучивается, что к утру, убежденный в безвыходности своего положения, начинает всерьез обдумывать свой уход из жизни. Для больного с церебральным атеросклерозом характерна быстрая истощаемость всех психических процессов, что проявляется слабодушием, неустойчивостью внимания, недостаточностью памяти. Истощаемость сочетается с инертностью реакций, вследствие чего возбужденный событиями дня, разговорами больной долго не может уснуть. Заснув, через 2—3 часа просыпается вследствие истощаемости механизмов сна. Предпринимает отчаянные попытки заснуть снова. Наконец, к 6—7 часам утра засыпает, но вскоре просыпается по звонку будильника.

Приведенные примеры показывают, что одни и те же психопатологические симптомы в данном случае выглядят по-разному при разных заболеваниях, поскольку существуют различия в патогенезе. Вместе с тем, объединенные единством происхождения, все симптомы одной и той же болезни имеют общие черты.

Психологические предпосылки

Эмоции отрицательные и положительные, их влияние на здоровье человека

Индивидуальность возникновения и выражения эмоций

Эмоции — это физиологические состояния, охватывающие самые разнообразные чувствования и переживания человека. Эмоции имеют ярко выраженную субъективную

окраску; это индивидуальное отношение человека к повседневным событиям, явлениям, ощущениям, к разнообразным сигналам из внешнего мира и внутренней среды самого организма, падающим на кору больших полушарий головного мозга. Эмоции — постоянный спутник жизни человека. Многочисленные сигналы из внутренней среды организма, такие, как боль, сердцебиение, урчание в животе, мышечное напряжение, задержка стула, шум в ушах, воспринимаются с беспокойством, как ощущения неприятные.

Вкусное блюдо, съеденное с аппетитом, хороший сон, полное освобождение прямой кишки или мочевого пузыря от содержимого, наоборот, воспринимаются с удовлетворением, сопровождаются чувством удовольствия, успокоения.

С такими же субъективными оценками воспринимаются сигналы из внешнего мира: звуки, речь, зрительные образы и краски, явления природной и социальной среды. Похвала, радостное известие, удача, награждение, подарки в праздники всегда в радость.

Эмоции имеют непосредственное отношение к эстетике. Одно и то же явление, событие, один и тот же предмет, произведение искусства у одних вызывают удовольствие, положительные эмоции, другим безразличны, на третьих действуют отрицательно, раздражают. Одним нравится классическая музыка, другим — современные ритмы. Одни, наблюдая футбольные матчи, бокс, выражают свое удовольствие выкриками, свистом; другими поведение болельщиков воспринимается болезненно, вызывает раздражение, возмущение.

Характер и степень чувствований, эмоциональное восприятие явлений, событий зависят как от типа высшей нервной деятельности, так и от образования и воспитания, влияния семьи, общества и традиций. Эмоции — не только повседневный спутник обычных житейских, служебных, культурных восприятий; без них не обходятся сложные процессы, научный поиск и творческая деятельность. Эмоции оказывают значительное влияние на здоровье человека, как отрицательное, так и положительное. Положительные эмоции не ведут к срыву высшей нервной деятельности, а, наоборот, способствуют укреплению здоровья, преодолению заболеваний.

Взаимосвязь отрицательных эмоций с психопатологическими состояниями организма

Сильные эмоциональные разряды, аффекты могут непосредственно вызывать невротические состояния. Но чаще всего, по-видимому, причинно-следственная связь при этом бывает более сложной. Вероятно, связь невротического состояния непосредственно с бурной эмоцией, с аффектом является последним звеном в цепи предшествовавших, менее сильных, менее заметных, подавляемых отрицательных эмоций, не прошедших бесследно. Следы отрицательных эмоций, повторных и длительных, накапливаясь и суммируясь в клетках головного мозга, достигают таких степеней, когда количественные изменения переходят в качественные, возникает срыв, невротическое состояние.

Бесспорным является факт, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, и неотделимы от них. Физиологические системы организма включаются автоматически, помимо воли человека. Это включение осуществляется как безусловный рефлекс, выработавшийся еще в доисторический период жизни человека. Он сходен с безусловными рефлексами животных.

Развитие безусловных реакций организма на эмоциональные факторы

Наиболее понятны происхождение и эволюция реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем на отрицательные эмоции. В начале пути своего развития и в первые тысячелетия истории человек был бессилен перед непонятными для него грозными

явлениями природы, а также перед дикими животными, превосходящими его по силе, перед лучше вооруженным камнем или дубиной человеком, перед враждебно настроенной группой людей, перед всем тем, что представляло угрозу его здоровью и жизни. В такой ситуации единственный способ избежать опасности — спасаться бегством. Бежать, чтобы не догнали, не настигли, укрыться в пещере, на дереве, в воде.

Бег — тяжелая мышечная работа, требующая, как хорошо известно, большого расхода кислорода, следовательно, повышенного кровоснабжения. Потребность в доставке большого количества кислорода к мышцам удовлетворяется усиленной функцией систем кровообращения и дыхания. Усиленная деятельность этих двух функциональных систем сопровождается учащением и углублением дыхания, сердцебиением, учащением сердечных сокращений.

В результате многократного повторения сочетания эмоций страха с усилением функции систем кровообращения и дыхания выработался условный рефлекс, впоследствии превратившийся в безусловный: одышка, учащение сердечных сокращений, сердцебиение как реакция на страх и ряд других отрицательных эмоций. Эмоция страха сопровождается реакциями других функциональных систем: «медвежья болезнь», позывы к мочеиспусканию, иногда непроизвольное мочеиспускание и многое другое. В процессе эволюции, исторического пути человека окружающая повседневная жизнь редко ставила перед нами такие условия, которые вынуждали нас спасаться бегством. Человек только в исключительных случаях, подвергаясь нападению дикого зверя, был вынужден бежать от опасности, чаще он защищался. Но рефлекс, который вырабатывался тысячелетиями, стал безусловным: при всякой опасности, при угрозе истинной или мнимой, при страхе перед неизвестным или ожидаемым автоматически включаются функциональные системы организма.

Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы при воздействии стрессовых факторов

Реакция сердечно-сосудистой системы при эмоциях наиболее заметна, поэтому в легендах, песнях, пословицах мы находим ее отражение в образных сравнениях, определениях: «тоска сердце гложет», «к сердцу подкатывает», «сердце-вещун». А что это означает для сердечно-сосудистой системы, показывает следующее. Сердце взрослого человека в спокойном состоянии работает со скоростью (в среднем) 70 сокращений в минуту. Иначе говоря, сердце 70 раз в минуту сокращается и столько же раз расслабляется (систола-диастола), следовательно, под воздействием поступающей в кровеносные сосуды крови артерии расширяются и сокращаются 70 раз в минуту, чтобы протолкнуть кровь по кровеносному руслу. В час это составляет 4200 сокращений сердца и артерий, в сутки — 100 800, в год — около 37 миллионов, за шестьдесят лет жизни — более двух миллиардов сокращений.

При мышечной работе, при повышенной температуре число сокращений увеличивается. Многие эмоции, иногда положительные, чаще же отрицательные, сопровождаются усилением, учащением сердечных и сосудистых сокращений до 100—120 и более в минуту. Чем больше эмоций, чем они чаще и продолжительнее, тем больше изнашивается сердечно-сосудистая система, тем больше создается условий для развития атеросклероза, особенно если эмоции сопровождаются повышением кровяного давления в артериях.

Сердечно-сосудистая система — наиболее чувствительный прибор, своего рода сейсмограф, отражающий через подкорку, ее нервно-вегетативные узлы и вегетативную нервную систему наши чувствования и переживания. Ученые уже несколько десятков лет признают, что травматизация и эмоциональное перенапряжение сферы высшей нервной деятельности — главные причины гипертонической болезни.

Другие физиологические системы организма также не безучастны: они так или иначе, в большей или меньшей степени реагируют, отражают эмоции теми или иными

функциональными расстройствами, кратковременными или долговременными. А повторные реакции в зависимости от их силы и продолжительности могут привести сначала к стойким функциональным нарушениям, а затем и к органическим изменениям в системе дыхания, пищеварения, мочевыделения, желез внутренней секреции.

Различают управляемые и неуправляемые вегетативные проявления эмоций. К управляемым относятся поведение человека, речь, мимика, дыхание, слезоотделение, к неуправляемым — деятельность сердечно-сосудистой системы, пищеварительных органов, мочевыделение, потоотделение. Следовательно, одними проявлениями мы можем управлять, а над другими проявлениями мы не властны, например сердцебиением, поносом или мочевыделением при волнении и испуге. Впрочем, как показали исследования последних лет, путем самотренировки, самовнушения можно управлять и деятельностью сердца.

Причины отрицательных эмоций

Источники отрицательных эмоций многочисленны и разнообразны. Одни из них неизбежны, неотвратимы, например смерть близких родственников, друзей; другие трудно предотвратить, а иногда и предвидеть: народные бедствия, несчастные случаи, болезнь, неприятности семейные и служебные. Но существует много отрицательных эмоций, источником которых являются люди — их поведение и их поступки.

Часто производственные и бытовые шумы, служащие источниками отрицательных эмоций, производятся по вине людей. В повседневной жизни, в общении людей обиды, неприятности, горечь чаще всего вызываются словом. Могучая сила слова отражена народной мудростью в пословицах и поговорках. Обидеть можно не только словом, но и пренебрежительным молчанием. Душевные раны и обиды своим поведением часто наносят те, кто призван создавать хорошее настроение людям. Невнимательность и грубость продавцов, ссоры соседей по коммунальной квартире, различные административные проволочки служат постоянным источником отрицательных эмоций.

Довольно часто грубость, нетактичность, повышенный тон или ругань оправдывают необходимостью их в интересах дела или нервозностью («нервы шалят»), характером работы. К сожалению, встречаются врачи, оправдывающие грубость, раздражительность и даже ругательства во время операций интересами дела — необходимостью точного выполнения всех распоряжений оперирующего медицинским персоналом.

Интересы дела, нервность не оправдывают невоспитанность, низкую культуру. Нередко действительно нервные, страдающие неврозами люди умеют сдерживать себя, стараются не раздражать, не обижать других. А ведь, кажется, так немного нужно, чтобы устранить то, что устранимо: взаимопонимание, взаимоуважение, доброжелательность, вежливость. Проблема взаимоотношений между людьми отличается большой сложностью, и решение ее, то есть профилактика эмоциональных расстройств, — это дело не только медицинских работников, но и нравственного, эстетического воспитания.

Воспитанием занимаются все: родители, соседи, общество, все окружающие люди. Дело, однако, заключается в том, что масса воспитателей незнакома с основами психологии и педагогики. Следовательно, профилактика отрицательных эмоций, являющихся во многих случаях предшественниками неврозов, а затем органических заболеваний сердечно-сосудистой и других систем организма является задачей всеобщей, требует совместных усилий.

Необходимо учитывать, что организм человека, клетки больших полушарий головного мозга при определенных условиях способны выдержать большие перегрузки без особых последствий. На сегодняшний день убедительно доказано, что правильная организация труда, чередование процессов возбуждения и торможения, правильный психофизиологический режим обеспечивают нормальное функционирование центральной нервной и других систем организма. К срывам, к болезненному состоянию ведут

беспорядочная работа, не соответствующая физиологическим темпам и ритмам организма человека, неправильное, беспорядочное чередование труда и отдыха, перегрузка, перенапряжение без необходимого отдыха. Профилактика невротических состояний как последствий отрицательных эмоций заключается в воспитании дисциплины труда и отдыха, в установлении рационального образа жизни.

Лицам, склонным к бурным реакциям, резким эмоциональным проявлениям (плачу, ругани, рукоприкладству, повышенному тону в разговоре), необходима самодисциплина, переключение на другие виды мышечной или психической деятельности. Переключаться можно на мышечную работу, музыку, чтение или что-либо другое.

Повторные затяжные отрицательные эмоции опасны, они могут вызвать патологические состояния — неврозы, психопатии, заболевания внутренних органов, поэтому с ними нужно бороться. Но бороться не столько применением наркотических и успокоительных средств, сколько другими путями, о которых здесь шла речь. И только в том случае, если это не удается, необходимо обратиться к невропатологу или психиатру для проведения квалифицированного лечения.

Влияние настроения человека на возникновение и течение заболевания

Люди одного возраста и пола, одной профессии, иногда даже родные братья и сестры, отличаются характером, вкусами, привычками, поведением. Это зависит от типа высшей нервной деятельности. В повседневной жизни часто одно и то же явление, событие оценивается одним и тем же человеком неодинаково в зависимости от настроения. Нездоровится, неможется. Как это отражается на настроении, знает всякий, кто это испытал. А болезнь? В лучшем случае это неприятность, но нередко это несчастье, катастрофа, это расстроенные планы — служебные и семейные, на ближайшее или отдаленное время, это иногда гибель надежд, неосуществленные мечты. Обычно болезнь — это не только телесное страдание, но и страх перед будущим, неизвестным, может быть, тяжелым, неизбежным. Чем болезнь острее, неожиданнее, тем тяжелее она переносится. Чем более она таинственней, чем меньше человек о ней знает, тем более тяжелой и страшной она ему представляется.

Однако не все одинаково переносят болезни, не у всех одинаковые переживания, восприятия, отношение к болезни. Субъективный мир больного, его отношение к болезни, острота восприятия раздражений из внешнего мира и внутренней среды организма зависят от типа высшей нервной деятельности, темперамента, сложившегося в результате реализации наследственно обусловленных особенностей высшей нервной деятельности во внешней — как физической, так и социальной — среде.

И. П. Павлов, посвятивший несколько десятилетий изучению высшей нервной деятельности человека, так характеризует сплав прирожденных и приобретенных при жизни свойств характера, темперамента: «Образ поведения человека и животного обусловлен не только прирожденными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и постоянно падают на организм во время его индивидуального существования, то есть зависит от постоянного воспитания или обучения в самом широком смысле этих слов. И это потому, что рядом с указанными выше свойствами нервной системы непрерывно выступает и важнейшее ее свойство — высочайшая пластичность. Следовательно, если дело идет о прирожденном типе нервной системы, то необходимо учитывать все те влияния, под которыми был со дня рождения и теперь находится данный организм».

Итак, воспитание и обучение в самом широком смысле этих слов включает и воспитание отношения к здоровью, к болезни. В произведениях Тургенева, Толстого, Горького и многих других, особенно писателей-врачей — Чехова, Вересаева, можно найти многочисленные примеры отражения в художественной форме реальных переживаний

больных и умирающих, отношения здоровых к болезни и смерти. Тонкие наблюдатели, психологи, «инженеры душ человеческих», как их называют, писатели примечают и описывают многочисленные и многогранные черты характера и поведения, особенности психики больных — представителей разных сословий, классов, людей разного имущественного состояния и общественного положения.

К сожалению, в наше время система российского здравоохранения, отсутствие нормальной пропаганды гигиенических и медицинских знаний, зачастую недоступность дорогостоящей квалифицированной и специализированной медицинской помощи не обеспечивают должного отношения больных к своей болезни, к медицине и медицинским работникам. Субъективное восприятие болезненных ощущений, субъективная их оценка, связанные с болезнью тревога, заботы, беспокойство омрачаются заботой об изыскании средств на оплату лечения, на содержание семьи на время болезни, мыслями о возможности оказаться безработным. Поэтому отношение к болезни, поведение значительной части больных ухудшает течение и исход заболевания, вызывает беспокойство врачей. Существует восточный рассказ о враче, который, обращаясь к больному, говорит: «Нас трое: ты, болезнь и я. Если ты станешь на мою сторону, то мы вдвоем победим болезнь; если ты станешь на сторону болезни, то вы вдвоем осилите меня». Мудрость этого рассуждения заключается в том, что настроение больного, его надежда на успех лечения, вера в излечение являются прекрасными союзниками врача. Как трудно лечить больных, у кого подавленное настроение, мрачные мысли, неуверенность в благоприятном исходе болезни.

Многие больные являются союзниками врачей, помощниками медицинского персонала в деле преодоления недугов. Мало того, многие не перегружают лечебные учреждения в тех случаях, когда в этом нет необходимости. Но довольно часто встречаются лица, отношение которых к здоровью, болезни, медицине и врачам заслуживает, мягко выражаясь, порицания.

В первую очередь стоит сказать о тех, кто не интересуется вопросами медицины, спокойно относится к разного рода болевым ощущениям, к недомоганию и другим изменениям в организме. Они готовы дать объяснение этим изменениям, ссылаясь на сквозняк, прием неподходящей пищи, переутомление, недосыпание, легкую травму и так далее. Они не считают нужным обратиться к врачу по поводу таких «пустяков», пытаются «отлежаться» дома или перенести болезнь «на ногах».

И действительно — болезнь проходит или самостоятельно, или под действием примитивных домашних способов лечения. Но такие же ощущения, изменения в самочувствии могут быть и проявлением серьезного заболевания. И, если «пустяки» не проходят, они вынуждают обратиться за медицинской помощью. Но и в этом случае поведение таких больных бывает своеобразным: они доверяют медицине, врачам, но стараются доказать, что болезнь не заслуживает столь большого внимания, отказываются от детального обследования, от госпитализации. Если же попадают в больницу, то их там трудно удержать. Всякого рода манипуляции, сопровождающиеся болевыми ощущениями, например взятие крови из пальца, внутривенные вливания, подкожные инъекции и многое другое, вызывают у них панический страх, а когда врач пытается доказать необходимость этих манипуляций, больные настаивают на выписке. Считая здоровье только своей личной собственностью, они не могут согласиться с доводами врача о необходимости лечения.

Другие рассуждают примерно так. За последние десятилетия наука и техника шагнули далеко вперед, люди научились создавать сложные автоматы-станки, аппараты, автоматические поточные линии, строить воздушные лайнеры и летать в космос. А медицина за этот период не открыла способов излечения больных от рака, гипертонии, склероза. Этих скептиков не интересуют колоссальные успехи и достижения медицины. Они только знают, что медицина не всесильна, но ведь и в других областях науки не все решено и не все известно. Долгосрочные прогнозы погоды не всегда оправдываются,

наука и техника еще не знают способов управлять погодой.

Скептики не догадываются о существовании науки бионики, изучающей возможности технического использования закономерностей и способов управления, получения, переработки и хранения информации, которыми обладают живые организмы. Они не хотят понять, что самый сложный станок, электронное устройство в какой-то мере копируют то, что создала природа на протяжении многомиллионной эволюции живых организмов. Они не задумываются над тем, что любую техническую деталь, практически любой узел машины можно в случае необходимости заменить точно такими же деталями, создаваемыми человеком. Для организма животного, человека запасные части практически не создаются и вряд ли когда-нибудь будут создаваться механическим путем. Некоторые отдельные органы могут заменяться неживыми протезами, в лучшем случае можно пересаживать донорские органы, но создавать по-настоящему новые живые «детали» человеческого тела наука пока еще не в силах.

Не доверяя медицине, врачам, скептики охотно используют для самолечения советы сослуживцев, знакомых и случайных спутников. Здесь в ходу не только лекарства, предложенные учеными, но и различные народные средства и предложения доморощенных «изобретателей»: разного рода смеси от рака, средства от туберкулеза, от гипертонической болезни и многое другое. Любители такого лечения охотно дают советы знакомым и малознакомым людям, в том числе и медицинским работникам, лишь бы их слушали.

Впрочем, стремление «оказать помощь ближнему» свойственно многим людям всех времен и народов. «Гомер и Платон говорили о египтянах, что все они врачи, и то же самое следовало бы сказать о всех народах: нет человека, который не знал бы какого-нибудь верного средства и который не рискнул бы испытать его на своем ближнем, если бы тот захотел ему поверить», — писал М. Монтень.

Заслуживают внимания «знатоки» своего организма. Они обычно интересуются медициной, но познания их примитивны, почерпнуты из арсенала сплетен и анекдотов или в лучшем случае из передач на медицинские темы по радио. Многие больные данной категории «знают свой организм» иногда «лучше, чем врач». «Врач знает мой организм по моему рассказу, я же сам чувствую, какие у меня неполадки». Обратитесь к такому знатоку своего организма с просьбой починить испортившийся водопроводный кран, не говоря уже о стиральной машине или электрическом утюге, — он не только удивится, но может и обидеться: «Я не специалист!» Но в распознавании болезней и их лечении он считает себя большим специалистом, чем врач. По своей технической и медицинской неграмотности он верит в то, что организм человека проще механизма часов или автомата по продаже газированной воды.

Знатоки своего организма часто прибегают к самолечению и лечению по совету родных и знакомых, а если обращаются к врачу, то сами диктуют, что им нужно прописать. К каким трагическим последствиям могут привести примитивные медицинские познания, уверенность в знании своего организма, недоверие к медицине и медицинским работникам, иллюстрирует следующий пример.

Пожилой больной доставлен в клинику с тяжелым приступом желчно-каменной болезни. Приступы желчной колики были у него несколько раз раньше — разной продолжительности и интенсивности, но заканчивались благополучно. Приступ резких болей завершился и на этот раз, но остались тупые боли, слегка повышенная температура, подташнивание, отрыжка; наличествовали характерные симптомы воспаления желчного пузыря. Лечение продолжалось, но больной стал уже подумывать о том, как бы «отметить» улучшение. Однажды поделился с соседом по палате: «В субботу жена принесет водки и голубцов. Выпьем за знакомство». Сосед, перенесший инфаркт миокарда, не только отказался от такого способа знакомства, но стал упрекать того, предупреждая, что болезнь его еще не закончилась и он может себе навредить, что нужно выполнять советы врача. «Что же, по-твоему, я организм свой не знаю? Знаю. Голубцы я

очень люблю, и вреда от них не будет, а водочка — хорошее лекарство от таких болезней, как у меня. Вот увидишь».

Посмеялся знаток своего организма, выпил в свое удовольствие, «сколько душа приняла», закусил любимыми голубцами. В ночь — тяжелейший приступ, обострение холецистита. Самые энергичные врачебные мероприятия оказались неэффективными: через несколько дней больной скончался. Такие последствия нарушений рекомендаций врача наблюдаются сравнительно редко. Чаще недисциплинированность больных, нарушения предписанного режима приводят к обострениям заболевания, к осложнениям, в результате чего болезнь и лечение затягиваются, а трудоспособность длительно не восстанавливается.

Особый интерес и большое беспокойство медицинских работников вызывают лица с тревожно-мнительным характером. Они проявляют большую заботу о своем здоровье, улавливают самые незначительные изменения в самочувствии, с тревогой анализируют неприятные ощущения. Если представители первой категории склонны всяческие неприятные ощущения объяснять случайностью (что часто наблюдается), то лица, ревниво оберегающие здоровье, любое новое ощущение, любое изменение в самочувствии и своем состоянии готовы приписать какой-либо болезни, чаще всего «страшной». У тех, кто перенес в прошлом болезнь, угрожавшую их жизни, или у свидетелей тяжелых длительных заболеваний близких родственников возникает и прогрессирует тревожно-мнительное состояние ожидания страшного, непоправимого, грозящего если не смертью, то тяжелой инвалидностью заболевания, связанного с необходимостью длительного лечения.

Склонность к постоянному анализу собственных ощущений иногда приводит к развитию особого состояния, носящего в медицине название ипохондрического синдрома. Это состояние характеризуется тем, что при наличии какого-либо заболевания мысль о неприятных ощущениях или признаках болезни принимает характер навязчивой идеи, становится постоянной темой разговоров. Не понимая, что они делают, такие лица при заболеваниях часто становятся союзниками болезни, затрудняя лечение ожиданием худшего, своим беспокойством о будущем, порой неверием в эффективность лечения.

Некоторые больные прибегают к чтению учебников, справочников для врачей, Большой медицинской энциклопедии. Не имея соответствующей подготовки, они толкуют прочитанное по-своему, превратно, извращенно, обычно преувеличивая значение изменений самочувствия, изменений в состоянии здоровья, приписывают себе самые опасные заболевания.

Нет необходимости доказывать, что поведение и рассуждения тех, кто надеется на «авось» (и так пройдет), скептиков и знатоков своего организма, а также лиц с тревожно-мнительным характером не только заслуживают осуждения, но и требуют от врачей особого внимания, необходимости применения и психотерапии, и научных разъяснений. Особую опасность представляют те, кто верит знахарям, экстрасенсам, да и просто знакомым, кто знает «верные» средства лечения.

Сведения, полученные из учебника, не только поверхностны, но часто извращены, а советы родных и знакомых, рекомендующих «проверенные», надежные средства и лекарства, обычно невежественны. Вред может быть непосредственным в случае применения противопоказанного лечения. С другой стороны, неэффективное и необоснованное лечение часто ведет к переходу острого заболевания в хроническое, сопровождающееся осложнениями. Последнее особенно относится к злокачественным новообразованиям (опухолям).

Эмоциональная нестабильность и мнительность как причина заболеваний

Нельзя не согласиться с М. Монтенем, который писал: «Постоянно приходится видеть, как такие больные делают себе кровопускания, очищают желудок и пичкают себя

лекарствами, стремясь исцелиться от воображаемой болезни. У такого больного камни иной раз возникают скорее в душе, чем в почках, своим воображением он предвосхищает боль и сам бежит ей навстречу, словно боясь, что ему не хватит времени страдать от нее, когда она действительно на него обрушится».

Кто же страдает от воображаемых болезней и какие причины их порождают? Обязательным условием возникновения воображаемых болезней является эмоциональная неустойчивость, мнительность, впечатлительность, а потому внушаемость — свойство психики не только прирожденное, но и в большой степени приобретенное в процессе воспитания и обучения, о чем говорилось выше.

Мнимые болезни возникают легче при наличии способствующих факторов: нервно-психического перенапряжения, переутомления, бессонницы, нарушения режима поведения и питания. Значение способствующих факторов возрастает в условиях длительных, затяжных отрицательных эмоций в связи с семейными неурядицами, служебными неприятностями, тяжелой болезнью близких и связанным с нею уходом за больным.

Бессонные ночи у постели тяжелого больного, беспокойство о его судьбе, переживания в связи с его страданиями, нарушения режима питания ведут к возникновению таких явлений, как потеря аппетита, задержка стула, урчание в кишечнике или боли в желудке, слабость, головная боль и так далее. Анализ этих ощущений и сравнение их с тем, что было у больного и к чему это привело, наводят на мысль о возможности у них такой же болезни. В подобных условиях у впечатлительных и мнительных субъектов могут возникнуть такие формы воображаемых болезней, что избавить их от страданий нередко бывает делом трудным и кропотливым.

Эмоционально неустойчивые лица обычно с жадностью прислушиваются ко всему, что говорят о болезнях и лечении медицинские работники, соседи, сослуживцы, знакомые, случайные собеседники. Они и сами принимают активное участие в обсуждении вопросов медицины, участвуют в сплетнях, пересудах, впитывают все, запоминают и готовы поделиться своими знаниями и слухами с любым, кто их слушает, в том числе с медицинскими работниками, охотно дают то разумные, то нелепые советы врачам-специалистам по тому или иному поводу, по применению тех или иных лекарств. Они не только прислушиваются, но и читают: читают научно-популярные издания, читают справочники и учебники для врачей, заглядывают в Большую медицинскую энциклопедию. Написанное для врачей им недоступно, а вред от чтения очевиден: среди симптомов самых «страшных» болезней они обязательно найдут что-нибудь сходное со своими ощущениями, достаточное, чтобы приписать себе какую-нибудь болезнь.

Павлов говорил, что слово для человека — «такой же реальный раздражитель, как и все остальные общие для него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущие в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных».

Медицинские работники не являются исключением: и среди них встречаются лица впечатлительные, мнительные, легко поддающиеся внушению. Особенно это заметно среди студентов-медиков. На каждом потоке в медицинском вузе находятся студенты, которые «заболевают» начиная с третьего курса хотя бы одной воображаемой болезнью. На третьем курсе это обычно ревмокардит или стенокардия, на последующих — туберкулез, рак, воспаление желчного пузыря и даже сифилис. Отдельные лица не расстаются со своими страхами и мнительностью и потом, будучи врачами.

Боязнь заболеть опасной, тяжелой, неизлечимой болезнью подчас перерастает в своеобразную болезнь: мнительность, ожидание болезни в таких случаях принимают уродливую форму мании преследования, и благоразумные советы и разъяснения часто не имеют успеха.

Представляет интерес поведение мнительных субъектов при обнаружении у себя несуществующей, воображаемой болезни. Одни из них отказываются от детального

обследования из-за боязни обнаружения тяжелой болезни. Они предпочитают переживать, волноваться и лечиться от несуществующей болезни, чем убедиться в ее отсутствии. Они грамотны в медицинском отношении настолько, насколько их знания помогают приписать себе самые тяжелые болезни и верить, что врачи скрывают от них истинное заболевание, действительно опасное для жизни.

Другие, наоборот, обнаружив небольшие изменения в самочувствии, заметив незначительные функциональные нарушения или болевые ощущения, пугающие их своей новизной и необычностью, готовы на любые обследования, чтобы, выявив причину, своевременно начать лечение. Такое поведение следовало бы считать правильным, к этому призывают и врачи — своевременно обращаться к врачу за помощью при появлении ранних симптомов болезни. Но иной раз при склонности к преувеличению или из-за ожидания серьезных последствий некоторые лица обращаются к врачам с самыми невероятными предположениями при обнаружении случайных и кратковременных неприятных или необычных ощущений. «Что-то во рту сохнет — не диабет ли»? «Под ложечкой ноет, отрыжка появилась — наверно, рак желудка»! «Доктор, а какие признаки рака печени? У меня иногда бывает горечь во рту. Это не рак печени»? «Пришла провериться — сердце стало беспокоить: нет-нет да и заколет. Уж не инфаркт ли»?

Влияние врача на возникновение психосоматических заболеваний

К сожалению, имеется немало врачей, которые, вместо того чтобы квалифицированно разобраться в ощущениях и убедиться в необоснованности опасений, своим поведением, может быть и не желая этого, подкрепляют подозрения больных. Слово врача, неквалифицированно объясняющего тот или иной симптом, ошибки в диагнозе, случайно оброненная фраза самоуверенного, некритически относящегося к своим словам и поступкам медицинского работника могут служить причиной происхождения воображаемых, не существующих у пациента болезней.

Стоит привести несколько примеров. Немало встречается лиц, свыкшихся с ошибочным диагнозом ревмокардита или другого заболевания. Впоследствии с таким диагнозом трудно бывает расстаться, особенно если он предоставляет возможность злоупотребления: санаторно-курортное лечение, пользование больничным листом, прерывание беременности по медицинским показаниям. Возникают иной раз конфликтные ситуации, если авторитетное лечебное учреждение после тщательного обследования отвергает наличие заболевания, дающего право на пенсию по болезни: поступают жалобы, запросы, требования повторного обследования.

Довольно часто некоторые заболевают воображаемой стенокардией как по причине самовнушения, так и по причине ошибочных диагнозов. Молодая женщина тридцати лет стала ощущать колющие боли «в области сердца». Ей было известно, что стенокардия характеризуется болью «в области сердца». Обратилась к врачу, которая, вероятно, плохо знала, чем проявляется стенокардия, а потому заявила, что у женщины стенокардия, что она должна ограничить физическую нагрузку, ходить меньше, за пределы города не выезжать, иметь при себе валидол. Приговор врача произвел сильное впечатление. Как трудно было потом квалифицированному врачу, соблюдая соответствующий такт, подсказываемый врачебной этикой, убедить женщину в ошибочности диагноза и рекомендаций врача, не называя его невеждой.

Не всегда удается убедить некоторых пациентов в отсутствии у них стенокардии даже после тщательного клинического обследования, иногда неоднократного: такие больные часто вызывают врачей скорой помощи, а последние иногда доставляют их (повторно) в больницы с подозрением на инфаркт миокарда. Направление лиц с воображаемыми болезнями на курорт лишь укрепляет их веру в существование болезни. Встречи, разговоры с больными соответствующего профиля часто приносят больным большой вред: впечатлительные, нервные больные находят новые подтверждения того, что они больны. Поэтому, когда врач убежден в отсутствии реальной болезни, когда он

уверен, что эта болезнь — результат невроза, таких больных можно направлять лишь в общие нервно-соматические, а не специализированные санатории.

Гипертоническая болезнь также иногда является причиной неблагоразумного поведения больных. В результате неправильной ориентации больных, внушения им ложных представлений о течении и осложнениях гипертонической болезни больные становятся тяжелыми невротиками. В наше время наиболее частой воображаемой болезнью, кроме стенокардии и ревматизма, является рак разной локализации. Ракобоязнь принимает широкий размах, что не всегда идет на пользу больным. Тревожно-мнительный характер, необоснованные подозрения и предположения вместе с поведением врача, не умеющего рассеять тревогу и опасения пациентов, являются благодатной почвой для возникновения и развития неврозов.

С другой стороны, известно, что хронические соматические заболевания, такие, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, хронические заболевания желудка, кишечника и почек, могут проявляться неврастеническими симптомами, такими, как немотивированная раздражительность, плохое настроение, беспокойный сон, иногда с устрашающими сновидениями, плаксивость, быстрая утомляемость.

Больные неврозами обычно красочно описывают свои ощущения, действительные и воображаемые. В нагромождении, в хаосе разнообразных сведений, сообщаемых больными, трудно разобраться, трудно понять, что в них достоверно, что менее вероятно или совсем маловероятно: часто больные склонны на основании сведений, почерпнутых из справочников, к преувеличению (конечно, неосознанному) второстепенных симптомов, кажущихся им наиболее важными. Наоборот, иногда весьма существенные, имеющие большое диагностическое значение симптомы остаются неосвещенными, поскольку сами больные не придают им значения.

При наличии выраженных симптомов невроза врач может проглядеть соматическое заболевание, послужившее причиной невроза или более ярко выраженных проявлений уже имеющегося невроза. Требуются не только высокая квалификация и опыт врача, но и большое терпение, чтобы уловить в рассказе то, что существенно для диагностики, отметая все излишнее, несущественное, как бы красочно оно ни описывалось. Диагностическая ошибка врача одинаково опасна для больных как в случае признания несуществующей болезни, так и в случае, когда не распознано действительное соматическое заболевание.

Главными методами лечения воображаемых болезней являются психотерапия и время, особенно последнее: проходит время, человек убеждается, что он не умер, не стал инвалидом и даже не слег в постель, и постепенно забывает, что совсем недавно он «страдал» — телесно и душевно — от тяжелой воображаемой болезни. Большое значение имеет и самовнушение. Для этого требуются твердый характер и сильная воля.

Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния и болезнь

Возможности соматопсихических и психосоматических взаимовлияний давно известны. Однако в последнее время эта проблема приобрела такое значение, что ее следует рассмотреть специально. Основанием для этого служат, в первую очередь, поиски путей научной оценки механизма и роли таких влияний. Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, являются объективной реальностью. Поэтому необходимо правильно понимать их механизмы, хотя многие из них наукой еще не вскрыты. Современные физиологические исследования и клинические наблюдения позволяют детально проследить некоторые формы психосоматических влияний.

Сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять функцию желудка. Страх, тяжелые психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции. Наоборот, возмущение, гнев

чрезмерно усиливают разные стороны деятельности желудка. На больных, которым в силу тех или иных обстоятельств была наложена фистула желудка, были изучены изменения, происходящие в его слизистой оболочке при нарушениях психики испытуемых. Оказалось, что в состоянии глубокого разочарования и при тяжелых душевных конфликтах повышение активности деятельности желудка сопровождается гиперемией и отеком слизистой оболочки.

Из клинической практики известны многочисленные факты изменения при душевном волнении частоты и наполнения пульса, артериального давления, частоты и объема дыхания, скорости кровотока, интенсивности потоотделения и многих других вегетативных реакций. Не менее убедительными являются значительные сдвиги обмена веществ, особенно секреции адреналина. Такие изменения носят то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

Психосоматические и соматопсихические влияния иногда властно преображают привычную действительность человека, вступая в противоборство даже с инстинктом самосохранения. Сила творческого воображения настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением того же человека. Известно, как французский писатель Флобер в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление у нее признаков отравления, что многие из этих признаков возникли у него самого.

Таким образом, факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе. Не случайно в новых определениях болезни все более настоятельно подчеркивается роль психического фактора.

Условны любые схемы, поэтому условным является и выделение из многочисленных болезней внутренних органов психосоматических болезней. Однако следует полагать, что при некоторых соматических болезнях значение психического фактора, психического перенапряжения столь велико для их возникновения и развития, что они могут и должны быть отнесены к группе психосоматических заболеваний. Специфический генез этих болезней определяет как своеобразие их клиники и механизма развития, так и особенности их профилактики и лечения.

Психосоматика получила в настоящее время широкое распространение, развитие ее фактически происходило рука об руку со становлением психоанализа. Не случайно поэтому значение фрейдизма как теоретической основы современной психосоматики. Основная цель психосоматической медицины — изучение болезней, в происхождении которых ведущее значение принадлежит психосоматическим влияниям. Более того, как было показано ранее, и психосоматические, и соматопсихические взаимовлияния являются объективной реальностью, а вычленять из обилия внутренних болезней психосоматические заболевания вполне оправданно.

Психосоматическая медицина исходит из того, что поступки и действия человека детерминированы не только окружающей его социальной средой, но и свойственными человеку инстинктами, тенденциями, которые могут изменяться в условиях современного общества.

Влияние поведения и отношения больного к своей болезни на ее развитие

Взаимоотношения между объективным содержанием болезни и ее осознанием раскрываются более наглядно, если рассмотреть их на относительно простой модели. Резаная рана на ладонной поверхности последней фаланги указательного пальца правой руки. Поверхность ее чистая, кровотечение прекратилось быстро. В общем это довольно обыденное и, как правило, безобидное повреждение тканей. Вместе с тем внешняя однотипность такой раны у разных больных сопровождается неодинаковой оценкой: от

полного душевного покоя и равнодушного отношения к ней, восприятия такой раны как незначительного, преходящего явления до панической охваченности страхом с утрированным сосредоточением внимания на ней и обилием сопутствующих вегетативных расстройств. Те же тенденции прослеживаются у больных с закрытым переломом костей конечностей без смещения отломков. У разных таких больных многие обстоятельства болезни оказываются одинаковыми: у них всегда наличествует фактор неожиданности происшедшего, фактор новизны состояния, принципиально одинаковым является и биологический механизм травмы.

Критерии, определяющие отношение человека к своему состоянию

Типы реагирования на болезнь почти никогда не бывают однозначными. Нетрудно видеть, что различия эти в первую очередь обусловлены разным осознанием болезни, разными, в частности преморбидными, особенностями формирования представлений о собственном теле. Вторым критерием, который определяет генез представления о теле, является сложная интеграция психологической структуры индивидуума. Топография модели тела составляет основу аффективных отношений человека к своему телу. Третий принцип формирования представлений о теле раскрывается в мобильности и пластичности модели, которая находится в постоянной аутоконструкции и аутодеструкции. Раз сформировавшись, представления о теле приобретают тенденцию к относительной стабильности. В сознании болезни различают ряд существенных взаимосвязанных аспектов. Во-первых, все новые для индивидуума изменения в организме отражаются в его сознании. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний или затяжного течения болезни, накапливаемые в его субъективном опыте знания о болезни соотносятся все более полно и детально.

Во-вторых, в непрерывном единстве с таким процессом отражения болезни в сознании больного формируется его индивидуальное отношение к происходящим изменениям в организме, к самой болезни, ее возможным индивидуальным последствиям. Такое отношение вначале находит выражение в особенностях общего самочувствия больного. Оно может у одних больных сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать различные формы выражения во сне (слова, обращения, жалобы, советы, просьбы, действия, поступки, поведение).

На первых порах сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не изменять саму психику. Однако, как правило, более или менее длительное отражение (особенно затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений, происходящих во внутренних органах, в сознании больного и сопутствующее усложнение его отношения к болезни привносят преходящие или стойкие изменения в ее клинику. Эти изменения при одной и той же болезни и при одинаковых объективных сдвигах в системах (органах) организма оказываются различными в связи с двумя главными обстоятельствами: во-первых, преморбидными особенностями психики больного и, во-вторых, особенностями его личности.

Отражение в сознании возникших болезненных изменений во внутренних органах происходит в единстве с формированием отношения больного к ним. И все же, так как между отражаемым объектом и его образом никогда не бывает тождества, между отражаемым в сознании больного представлением о болезни и объективным характером ее также никогда не возникает полного соответствия.

Сознание болезни, внутренняя картина ее охватывают, таким образом, весь объем переживаний больного, связанных с его болезнью. Сюда входят представления о значении для него первых, ранних (инициальных) проявлений болезни; особенности изменения самочувствия в связи с усложнением расстройств; переживание состояния и его возможных последствий на высоте болезни; представления о начинающемся улучшении

самочувствия на этапе обратного развития болезни и восстановления состояния здоровья после ее прекращения; представления о возможных последствиях болезни для себя, для семьи, для дальнейшей продуктивной деятельности; представления об отношении к нему во время болезни членов семьи, знакомых, медицинского персонала. Практически нет таких сторон жизни больного, которые бы не находили отражения в его видоизмененном болезнью сознании. Иначе говоря, болезнь — это жизнь в измененных условиях.

Особенности психологии больного

Все особенности сознания болезни можно разделить на две группы. Обычные формы сознания болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека, а сам он нуждается в повседневном разумном и щадящем подходе врача. Состояния сознания болезни, сопровождающиеся аномальными реакциями на нее, выходящими за рамки типичных для данного человека, а тем более порождаемые внутренней болезнью стойкие изменения психики больного, являются уже болезненными состояниями психики, которые дополняют и усложняют клиническую картину основной болезни.

Больной отличается от здорового человека тем, что у него наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние. Болезнь меняет восприятие и отношение больного к окружающим событиям, к самому себе, в результате болезни у него возникает особое положение среди близких людей, иное положение в обществе.

Наиболее общими изменениями психики у психосоматических больных надо считать перестройку интересов по направлению от внешнего мира к собственным ощущениям, к функциям своего тела, к ограничению интересов. При этом происходят различные изменения всех сторон личности: меняются аффективная настроенность, моторика, речь. При серьезной угрозе жизни и благополучию может меняться и восприятие времени в виде его ускорения или замедления. В ряде случаев большое значение приобретают наплывы воспоминаний, выраженность и некоторая насильственность которых могут быть связаны с интоксикацией, вызванной болезнью.

Большое значение для больного имеет его представление о болезни, основанное на самых разнообразных сведениях. Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования. Происходит перестройка в значении ощущений. На внутренний мир больного обрушивается обилие интерцептивных сигналов, которые заполняют все его интересы и приобретают небывалую значимость. В это время особая роль принадлежит психотерапевтическому воздействию врача, который должен суметь объяснить больному особенности его состояния и ощущений от различных частей тела. Психотерапевтическое отношение к больному должно проявляться с первого осмотра и до постановки диагноза.

Большое значение для больного имеют обходы, особенно в клиниках, где проводится параллельное обучение студентов. Часто в присутствии больного приходится говорить учащимся о некоторых особенностях болезни, пользоваться непонятными для больных терминами, не зная, какую реакцию у больного это вызовет.

Не меньшие сложности представляет собой период выздоровления, когда у больного должна наступить компенсация или примирение с дефектом, который возник в результате болезни, с инвалидностью и в связи с этим — с новым положением в семье, в обществе. В тех случаях, когда болезнь неизлечима, врач должен уметь каждый день одобряюще смотреть в глаза больному, понять все своеобразие его состояния, быть внимательным ко всем мелочам по уходу за больным во время симптоматического лечения.

Каждому врачу теоретически хорошо известно, что все наши знания, наше

поведение в процессе лечебной деятельности, более того — само лечение будет неудовлетворительными, если в основу его не будут положены целостное понимание человеческого организма, учет всей сложности его физических и психических проявлений.

Подход к состоянию больного на основе целостного понимания его организма всегда учитывает сложные взаимоотношения, которые существуют между психическим состоянием человека и его болезнью. Психическое напряжение, конфликтные ситуации могут отражаться на соматическом состоянии больного и вызывать так называемые психосоматические заболевания. Соматические же заболевания, в свою очередь, оказывают влияние на психическое состояние человека, на его настроение, восприятие окружающего мира, поведение и планы.

Психические нарушения при соматических заболеваниях

При соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут наблюдаться различные психические нарушения, которые выражаются различными симптомами. При соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами. При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания. В ряде случаев соматические заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет) приводят к возникновению психоорганических расстройств. Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у этих больных могут препятствовать или затруднять лечение, приводить их к инвалидности, создавать конфликты в лечебных учреждениях, вызывать отрицательное отношение окружающих к этим больным. Врач должен уметь распознать эти болезненные изменения психики, предусмотреть и предвидеть их возникновение, лекарственными методами и путем проведения психотерапевтических бесед смягчить их проявления.

В зависимости от особенностей психических нарушений при соматических заболеваниях строится беседа врача с больными, поведение медицинского персонала и вся тактика медицинских мероприятий. При нарастающей интоксикации у больных нарушаются сон и аппетит, появляются раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость. Сон у таких больных становится поверхностным — они легко просыпаются, шумы, свет, разговоры, прикосновение одежды становятся неприятными. Иногда при бессоннице появляются наплывы воспоминаний, также мешающие больному заснуть. Больные становятся тревожными, испытывают страхи, часто просят не гасить ночью свет или посидеть около них. Не каждый больной может сказать врачу, что ночью испытывал страх из-за ложного стыда перед психическим расстройством или нежелания выглядеть трусом.

Привычные шумы делаются невыносимыми, свет от фонаря с улицы — раздражающим. Врач должен понять больного в таком его состоянии, внимательно отнестись к его жалобам и по возможности устранить раздражители, поместить его в более тихую палату, на более удобное место. На фоне астенических симптомов (раздражительная слабость) иногда появляются навязчивые страхи за свое здоровье или не свойственные ранее истерические реакции. Врач всегда должен помнить, что истерическая реакция — это болезненное проявление и относиться к ней необходимо как к болезни.

Некоторые психосоматические заболевания сопровождаются депрессивным состоянием; это одно из проявлений таких заболеваний, как спастический язвенный

колит. Такие больные часто подавлены, мрачны, малоподвижны. Они испытывают тревогу в ранние предутренние часы, разбитость и слабость, но иногда на фоне этой подавленности и вялости у них возникают несвойственная болтливость и оживленность, когда они шутят, смеются, веселят окружающих. Врачи должны знать, что подобные состояния возникают нередко, но не эти состояния определяют основной фон настроения, а кажущаяся веселость — явление временное. В этом состоянии больные часто нарушают предписанный им режим лечения.

Возникающие при тяжелых соматических заболеваниях острые психотические расстройства, или психозы, чаще всего носят характер расстройства сознания в виде делирия, оглушенности, реже аменции. Предвестниками помрачения сознания часто бывают психические расстройства, которые возникают при закрытых глазах (психосенсорное расстройство и гипнагогические галлюцинации). В связи с этим большое значение имеет расспрос больных, особенно при жалобах на бессонницу. Вслед за расстройствами сна, гипнагогическими галлюцинациями может развиться делириозное помрачение сознания с неправильным поведением.

Не каждое соматическое заболевание сопровождается психотическими нарушениями. Так, при язвенной болезни, колитах, гипертонической болезни, сердечной недостаточности чаще наблюдаются невротические расстройства и патологические черты характера, а при гипертонической болезни, атеросклерозе возможно и возникновение психозов.

Выраженность и качество изменений психической деятельности при соматических заболеваниях находятся в зависимости от многих причин, и в первую очередь — от природы самого заболевания (оказывает ли оно прямо или косвенно влияние на мозговую деятельность), а также от типа течения и остроты развития болезни. Так, при остром и бурном начале, при наличии выраженной интоксикации наблюдаются расстройства, достигающие помрачения сознания, при подостром или хроническом течении чаще отмечаются невротические симптомы.

На изменение психической деятельности оказывает влияние и этап развития соматической болезни: если в остром периоде бывают состояния измененного сознания и невротические симптомы, то на отдаленном этапе ее развития могут наблюдаться изменения характера, личности, астения и психоорганические расстройства. На психическую деятельность при соматических заболеваниях оказывают влияние сопутствующие вредности. Так, пневмония или инфаркт миокарда протекают с большими нарушениями психической деятельности у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Варианты реакций больного на соматическое заболевание

Реакции личности на соматическую болезнь у ряда больных могут носить патологический характер и проявляться в виде психогенных невротических, тревожно-депрессивных реакций. У других больных эти реакции выражаются психологически адекватными переживаниями факта болезни. Нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях обычно складываются из психических соматогенных расстройств и из реакции личности на болезнь.

В этой сложной структуре психических нарушений выраженность указанных факторов не равнозначна. Так, при сосудистых заболеваниях, особенно при гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях, решающая роль принадлежит именно соматогенным факторам, при других заболеваниях — личностным реакциям (обезображивающие операции, дефекты лица, потеря зрения).

Реакция личности на болезнь находится в прямой зависимости от многих факторов:

- характера заболевания, остроты его и темпа развития;
- представления об этом заболевании у самого больного;
- характера лечения и психологической обстановки;

- личности больного;
- отношения к болезни дома родственников и сослуживцев на работе.

Существуют различные варианты отношения к болезни, в основном определяемые особенностями личности больного: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический.

Астенодепрессивная реакция

При астенодепрессивном варианте отношения к болезни наблюдаются эмоциональная неустойчивость, малая выносливость по отношению к раздражителям, ослабление побуждений к деятельности, ощущение разбитости и подавленности, удрученности, тревожности. Такое состояние способствует неправильному отношению к своей болезни, восприятию в мрачных тонах всех событий, что обычно неблагоприятно сказывается на течении болезни и снижает успех лечения.

Психастеническая реакция

При психастеническом варианте больной полон тревоги, страхов, убежден в худшем исходе, ждет тяжелых последствий. Одолевает врачей расспросами, ходит от одного врача к другому. Испытывает массу неприятных ощущений, вспоминает симптомы болезни, бывшие у родственников и знакомых, находит их признаки у себя. Спокойной, умной психотерапевтической беседой можно значительно улучшить состояние таких больных, но они нуждаются в подробном разъяснении причин их состояния.

Ипохондрическая реакция

Близкий вариант реакции на болезнь — ипохондрический. В этом варианте меньше представлены тревога и сомнение, а больше — убеждение в наличии болезни. При истерическом варианте болезнь всегда оценивается с преувеличением. Чрезмерно эмоциональные, склонные к фантазированию личности как бы живут болезнью, облекают ее в ореол необычности, исключительности, особого, неповторимого мученичества. Такие больные требуют к себе повышенного внимания, обвиняют окружающих в непонимании их состояния, в недостаточном сочувствии их страданиям.

Эйфорически-анозогнозическая реакция

Эйфорически-анозогнозический вариант реакции на болезнь заключается в невнимании к своему здоровью, отрицании болезни, отказе от обследования и медицинских назначений. На реакцию личности оказывает влияние: характер диагноза; изменение физической полноценности и внешности; изменение положения в семье и обществе; жизненные ограничения и лишения, связанные с болезнью; необходимость лечения или операции.

Врачам часто приходится встречаться с отрицанием больным факта болезни (анозогнозия). Отрицание или вытеснение болезни чаще всего бывает при тяжелых и опасных заболеваниях (злокачественная опухоль, туберкулез, психические заболевания). Такие больные либо вообще игнорируют заболевание, либо придают значение менее тяжелым симптомам и ими объясняют свое состояние и лечатся от той болезни, которую сами себе придумали.

Некоторые врачи считают, что причиной отрицания болезни в большинстве случаев является невыносимость действительного положения вещей, невозможность поверить в тяжелую и опасную болезнь. Реакция отрицания болезни может наблюдаться у близких родственников больного, особенно если речь идет о психическом заболевании. При этом часть из них, несмотря на отрицание факта болезни, соглашается на проведение необходимой терапии.

Большие трудности возникают в тех случаях, когда родственники, отрицая болезнь, отказываются от лечения, начинают пользоваться собственными средствами, прибегают к

помощи знахарей, целителей и экстрасенсов. Если при психогенных заболеваниях, особенно истерии, подобная терапия иногда (при большой вере в нее больного) может привести к улучшению состояния за счет внушения и самовнушения, то при других формах возможно обострение заболевания и переход его в хроническую форму.

Недостаточная оценка своего состояния может наблюдаться при эйфории в связи с соматогенными заболеваниями, особенно при гипоксии головного мозга или интоксикации, а также при эндогенных и других психических заболеваниях. При ряде соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атеросклероз) в головном мозге нарастают органические изменения, ведущие к интеллектуальному снижению, в результате чего у больного нарушается способность правильно оценивать свое состояние и состояние своих близких.

У больных с затяжными хроническими тяжелыми заболеваниями на фоне астенических расстройств возможна ипохондрическая фиксация на своем состоянии и ощущениях. У них появляется много различных жалоб, которые не соответствуют соматическому страданию. Больной становится хмурым, мрачным, депрессивно-раздражительным, а вид здоровых людей (улыбки, смех, житейские заботы) вызывает у него раздражение. Такие больные могут вступать в конфликт с персоналом, если заметят у них недостаточно внимательное отношение к своим жалобам.

Иногда у таких больных появляются истерические формы поведения, когда своими жалобами они стремятся привлечь внимание окружающих. Попытки убедить больного в том, что болезнь легкая, неопасная, нестрашная, нередко могут вызвать утяжеление истерических реакций. На поведении больного во время болезни, на его реакциях на болезнь прежде всего сказывается структура личности этого человека до болезни. При некоторых заболеваниях личностная реакция на болезнь проявляется в заострении преморбидных особенностей личности.

Зависимость реакции от индивидуальных качеств больного

Считается, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей. Так, у инфантильных субъектов часто наблюдается вытеснение или отрицание болезни или, наоборот, синдром «ухода в болезнь». У лиц астенических, тревожно-мнительных часто не очень серьезное заболевание вызывает бурную реакцию тревоги, беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами.

Реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. На одну и ту же болезнь с одинаковым исходом у больных отмечается различная реакция. У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее, у больных среднего возраста она препятствует выполнению замыслов, пожилыми воспринимается как неизбежный конец. В соответствии с реакцией личности врач должен создать для больного новую жизненную установку, обязательно с учетом его возможностей.

Личностные реакции зависят и от нарушения психической деятельности, которые вызваны соматическим заболеванием. Яркость невротических реакций уменьшается при наличии тяжелой соматогенной астении и органических расстройствах.

Принципы формирования личности и ее влияние на возникновение и течение психосоматической патологии

Научиться владеть собой, разумно управлять своими реакциями в разных обстоятельствах, в том числе и в условиях медицинского обследования, означает не только уметь приспосабливаться к изменениям жизни, не только предупреждать случаи повреждения организма или неблагоприятное развитие болезни, но и обрести глубокую способность чувствовать прекрасное. Воспитать в себе эстетическое чувство, уметь воспринимать прелесть благородства и нравственных поступков и, наконец, достигнуть

такого состояния, когда творческая работа вызывает радость, ощущение полноты жизни, означает сформировать высшие интеллектуальные эмоции. Все это составляет звенья сложного процесса становления личности человека, который продолжается на протяжении всей жизни.

Внешние проявления индивидуальности человека

Известно, насколько велико многообразие людей, как многолики индивидуальные их качества. Как известно, не существует двух совершенно одинаковых людей, двух однотипных индивидуальностей. Индивидуальность человека проявляется очень многими признаками, на что обратили внимание еще мыслители и врачи древности. Аристотель в свое время предлагал по выражению лица различать здоровых людей, а Гиппократ — особенности состояния больных. Аристотель, в частности, отличал людей злобных, гневливых от спокойных, доброжелательных, смелых — от трусливых, порядочных — от бесстыдных.

Внешне индивидуальность человека находит наиболее полное выражение в свойственных ему особенностях позы, манеры держаться, характере движений, выразительности реакций всего тела, своеобразии выражения лица, глаз, тонких движений рук. Много индивидуального содержат в себе все движения человека, в которых находят выражение чувства и переживания. Не случайно стали общеупотребительными многие выражения, в которых душевное состояние определяется в действиях: «положа руку на сердце», «руки опускаются», «пасть под ударами рока». Выразительная игра мышц лица нередко столь тонко отражает душевные волнения, что именно лицо называют зеркалом души.

Индивидуальность определяется не только особенностями и манерой движений, но и типичным для них сочетанием участвующих в движении групп мышц, а также сопутствующими двигательными реакциями, сосудистыми изменениями, деятельностью желез. Иными словами, внешняя индивидуальность раскрывает особенности внутренних психических процессов. В целом чем более тонки, совершенны и зрелы нервно-психические процессы у индивидуума, тем выразительнее, содержательнее и ярче внешний облик, и в первую очередь — мимика и жесты.

Еще древние греки обратили внимание на то, что творческий, радостный труд отдаляет старость. Радостные чувства благотворно сказываются на всем облике человека: делают его лицо здоровым, а кожу лица — гладкой, подтянутой, эластичной. Наоборот, печаль и грусть — постоянные спутники пессимизма — сопутствуют мрачной, серой физиономии, придают лицу черты непривлекательности, делают его некрасивым. Нетрудно видеть, что преобладающие чувства не только находят выражение в мимике и жестикуляции, не только получают соответствующий аккомпанемент в сосудистых и других вегетативных реакциях, но, что особенно важно — определяют сложные формы человеческой деятельности, в частности творческой.

Таким образом, составными частями индивидуальности являются определенные качества психики, а каждая индивидуальность отличается от другой характерной для нее степенью гармонии слагающих ее элементов. То же можно сказать и о многих состояниях человека. Они также отличаются определенными признаками, которые сочетаются по-разному у лиц с разной индивидуальностью.

Здоровье и жизнерадостность характеризуются, в частности, хорошим тонусом произвольной мускулатуры, что находит свое выражение в первую очередь в позе человека (прямая спина, поднятая голова, развернутые плечи), в гордой его осанке, живости, активности, свежести и оригинальности ума; в преобладании мимики радости, бодрости, жизнеутверждающего оптимизма.

Наоборот, усталость, слабость, болезненность находят выражение в падении тонуса произвольной мускулатуры (согбенная поза, опущенные плечи, сутулая спина, поникшая

голова); в затруднении, вялости, лености мысли; в безрадостном, пессимистическом взгляде на жизнь, в разлаженном самочувствии, переживании дискомфорта.

Историческая эволюция понятия «душа»

Уровни индивидуальности к настоящему времени обозначают установившимися терминами: темперамент, характер, личность. Такое деление типично лишь для последних 50—100 лет. В древности же индивидуальность и личность обозначали более широким понятием — «душа» («душевный человек», «тонкая душа», «черствая душа», «великодушный», «слабодушный»).

В Древней Греции душа рассматривалась как дыхание, как кровь, соки организма вообще, мышление, врожденные идеи разума. Позднее Платон разделил душу на три части. Первая — общая для человека, животных и растений (чувственная часть), помещенная им в печень; вторая — душа, обнаруживающая себя в виде чувств гнева и совести, размещаемая в сердце; наконец, третья — разумная часть души (душа-разум, локализующаяся в голове), с помощью которой человек мыслит, соотносит события, трактует их, вырабатывает определенное отношение к ним. Эта наивная систематика души, предложенная идеалистом Платоном, содержит вместе с тем разумное зерно: она показывает заинтересованность разных органов и систем организма в созидании, конструировании индивидуальности.

Ученик Платона и Гиппократа, воспитатель Александра Македонского, знаменитый энциклопедист древности Аристотель утверждал, что душа двойственна: одна ее часть равнозначна душам животных, является личной и смертной, другая же, принадлежащая вечному, безбрежному разуму, является духовной и бессмертной. Наиболее интересным в этот период было определение человеческих способностей, предложенное Гиппократом, а затем усовершенствованное Галеном. Ими были выделены четыре типа индивидуальности, которые были обозначены термином «темперамент».

Формирование темперамента и характера человека

Индивидуальность, как известно, формируется уже на первом году жизни ребенка. Ее обозначают по-разному: одни — характером, другие — даже личностью. Правильнее, однако, в этот ранний период детства говорить о таких качествах, отличающих человека, которые в первую очередь определяются индивидуальным типом биологических реакций. Иными словами, это и есть темперамент — врожденные особенности индивидуальности, наиболее косные, консервативные, малоизменчивые и свойственные человеку на протяжении практически всей его жизни. Такие биологические особенности функций центральных нервных аппаратов и определяют общий тип реакций нервной системы. Индивидуальность, данная человеку в особенностях темперамента, является основой для дальнейшего формирования новых, более тонких ее качеств.

Этим, однако, не исчерпывается обилие человеческих индивидуальностей и далеко не завершается их изучение. Темперамент является лишь основой, на базе которой формируются другие, более специфические, совершенные и значимые для человека качества индивидуальности. Таким более высоким уровнем является характер, то есть индивидуальный тип психических реакций на действие непосредственных раздражений и впечатлений действительности, формирующийся в детские годы. Характер больше зависит от меняющихся влияний среды, более тонко и полно, чем темперамент, адаптирует человека к действительности. Когда говорят о человеке, что он чувствительный, раздражительный, пассивный или активный, впечатлительный или равнодушный, быстрый в реакциях, живой, моторно ловкий или медлительный, неуклюжий, вялый в его рассудочной деятельности, фактически отмечают отдельные качества его характера.

Формирование характера не завершается в детстве, оно продолжается всю жизнь. Основы его закладываются в детстве, а позднее он подвергается уже несущественным изменениям. Высшим же уровнем индивидуальности является личность. Начало ее становления относится также к детскому возрасту, но истинное ее созревание происходит в период взросления, то есть начиная с юношеского (16 лет и старше) возраста.

В особенностях личности человека, как в зеркале, отражаются все свойственные ему качества индивидуальности, в которых диалектически снимаются типичные для него особенности темперамента и характера. Слагается личность к концу юношества, началу периода зрелости (20—22 года), хотя и позднее продолжается ее шлифовка и отделка. Собственно личностью и является тот высший уровень индивидуальности, который отличается неповторимым типом взаимоотношений с действительностью и высокой степенью самосознания — сознания своей социальной принадлежности. Нетрудно видеть, что личность представляет собой такой уровень индивидуальности, содержание которого целиком определяется социальной сущностью человека. Еще Аристотель говорил, что человек — животное общественное.

По мере формирования личность отличается рядом особенностей. Так, в юности на основе индивидуальной личности формируется социальная. Такое формирование происходит неравномерно, не бесконфликтно. Противоречия, в частности, имеют место в результате сложного взаимодействия между сложившейся индивидуальностью и теми новыми ее компонентами, которые возникают в связи с новыми требованиями социальной среды. Такое противоречие чаще ведет не к нарушениям формирования, а к изменениям формирующейся личности.

Гармония или разлаженность формирования личности порождает либо прямолинейную личность, соответственно оценивающую действительность, либо разные варианты двуликости (многоликости), основой которой является несоответствие между традиционной, внешней оценкой действительности и внутренне сложившейся ее оценкой. Двуликость в определенных условиях может стать основой двуличности индивидуума, особенно в современном обществе. Не случайно народная мудрость выразила это в пословицах и поговорках: «не в службу, а в дружбу», «не за страх, а за совесть». Личность определяет неодинаковое, двойственное поведение людей в разных условиях: любящий отец, хороший семьянин может быть небрежным в обращении с государственным имуществом, а любящий, порядочный отец — быть хамом и задирой. Элементы оправданной, закономерной двуликости свойственны практически всем людям. Вопрос сводится к тому, какова степень, каково постоянство и каковы качества такой двуликости, особенно в их общественной значимости.

Естественно поэтому, что управлять своей личностью, исправлять определенные ее черты означает, в первую очередь, правильно выбрать наиболее значимые, наиболее совершенные элементы общественной жизни, воспитывать их в своей созревающей личности, формировать в своем характере мудрость, благородное отношение к любому человеку, чувство заботы и любви к ближнему; быстро, верно оценивать обстоятельства и уметь гибко, легко исправлять свое мнение, отношение к окружающим и быстро переходить от былого неточного и ошибочного мнения к новому, более верному и правильному. Все эти качества, без особого труда постигаемые в результате самовоспитания и тем более общественного воспитания, и создают более цельную, более совершенную, социально более емкую личность.

Человек потому и становится многоликой личностью, способной к быстрому переключению, что он встречается в жизни с чрезвычайным обилием общественных ситуаций. Это одна из наиболее совершенных форм адаптации, приспособления человека к социальной действительности. Но эгоцентрик может использовать эту двуликость как двуличность в своих интересах. Таким образом, личность является категорией не столько биологической, сколько социальной и психологической.

Знание законов формирования личности позволяет планомерно исправлять

аномальные качества ее, прибегая к использованию оптимальных приемов воспитания и обучения человека, тем самым предупреждая формирование аномальных форм характера и, что еще более существенно, пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств. Личность всегда, с одной стороны, монолитна, едина и целостна у данного человека, а с другой — отличается множественностью, многообразием, многопредставленностью в разных обстоятельствах жизни. Именно личность как высшее проявление индивидуальности человека обеспечивает сложнейшую систему его отношений с действительностью, систему взаимоотношений в различных меняющихся обстоятельствах социальной среды.

Уровень развития личности раскрывается в ее способностях, функциональных возможностях психической деятельности (состояние эмоциональности, направленности интересов) и определяет степень ее простоты или сложности, ее общности или дифференцированности, ее грубости или тонкости. Общая структура личности раскрывается в типичной для нее взаимосвязи основных ее компонентов. Принципиальная цельная личность всегда отличается единством формы ее выражения (поведения) и содержания (решительность, постоянство). Как видим, нормальная личность обеспечивает высокую степень адаптации к многообразным условиям социальной среды и разнообразным стрессовым ситуациям, обеспечивая тем самым своеобразный «психологический» иммунитет к психопатическим нарушениям.

Психические предпосылки

Понятие психосоматики в современной медицине

Психосоматическая медицина (психосоматика) — раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время. В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведение в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние.

Первоначально понятием «психосоматические» объединялись заболевания, в развитии которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма). В настоящее время термин имеет два значения: одно связано с его применением в области медицины, второе — к болезням, в которых важную роль играют психологические факторы.

Варианты психосоматических заболеваний

Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например депрессии и мнестические расстройства,

развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования (В. П. Зайцев и соавт., 1990 г.; Н. И. Скачкова, 1996 г.; С. В. Прохорова, 1996 г.), аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ (М. В. Коркина, В. В. Марилов, 1995 г.).

В ряде исследований (А. Б. Смулевич, 2000 г.; В. Tuk и соавт., 1997 г.) в рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии, включающие синдром «грусти рожениц»; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы — делирий, аменцию, галлюциноз и др. МКБ-10 (международная классификация болезней 10-го пересмотра) классифицирует психосоматические расстройства в следующих разделах: «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04—F07, соответствующие реакциям экзогенного типа, «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4—F44.7, соответствующие психогениям, и F45 — соматоформные расстройства), а также «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50—F53).

Психосоматический подход к диагностике соматических заболеваний

Термин «психосоматика» имеет как диагностическое, так и терапевтическое толкование. Его истоком явился целостный подход к здоровью и болезням человека, корни которого уходят в глубокую древность: учение Гиппократа, древнекитайскую и средневековую медицину и пр. Благодаря идеям о целостности человеческого организма, а также эволюции взглядов в медицине были выявлены и описаны сложные связи между социальными причинами, эмоциональным реагированием человека и состоянием его соматического здоровья.

В настоящее время психосоматический подход включает в себя различные школы и направления, отличающиеся как интерпретацией причин заболеваний, отнесенных к этой группе, так и методами их лечения.

Понимание организма человека как единства психического и телесного

По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматиков. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной — это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно, интегративно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи целостного подхода. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего преобладание анализа как основного метода в медицинской науке.

В настоящее время описано 10 000 симптомов и нозологических форм различных заболеваний, а более трехсот медицинских специальностей существуют для того, чтобы успешно справляться с болезнями человека. Симптомы и синдромы, отражающие изменения, проявлялись и численно увеличивались по мере эволюции человека, а это значит, что постепенно нарушался универсальный механизм приспособления. Древние защитные программы помогали человеку противостоять голоду, холоду, нападению животных или врага. Благодаря им человек приобрел гибкость, подвижность, терморегуляцию, слух, обоняние и пр.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление зависит от психических

возможностей человека во много раз больше, чем от его мышц, фасций, сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово.

Эмоции человека, изначально призванные мобилизовывать защитные реакции, теперь чаще подавляются, встраиваются в специальный контекст, а со временем извращаются и могут стать причиной разрушительных процессов в организме.

Каноны древней медицины подразумевали неразделимость телесного и психического. Каждый орган был описан в тесной связи с соответствующей органу эмоцией. Болезнь органа влияет на эмоциональное состояние человека, неотреагированные чувства способствуют заболеванию органа — это постулаты концепции единого организма, где симптомы могут иметь личностный смысл. Еще Платон говорил: «Где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой».

Варианты разделения психической патологии и здоровья

Существует несколько подходов к разграничению психического здоровья и психической болезни, или расстройства:

I. Биологический: жизнь человека сводится к «природной целесообразности», т. е. человек должен вести себя так, как это «определено» природой или богом.

II. Естественно-научный: при таком подходе возникает готовность к диагностическому заключению по отдельным фактам — патология родов, обнаружение на ЭЭГ повышенной судорожной готовности, выявление на компьютеротомограмме кисты прозрачной перегородки и т. п.

III. Социальный: любое проявление социальной декомпенсации, антисоциальное поведение, каковы бы ни были их причины, диагностируются как психическое расстройство (концепция Ч. Ломброзо).

IV. Экспериментально-психологический: та или иная ненормативность психической функции, ее отклонение от среднестатистических показателей, приводит к обнаружению «ненормальности». Особенно часто это происходит при сочетании нескольких таких отклоняющихся показателей, и тогда предлагается выносить заключение о психическом расстройстве.

В более широком смысле термин «психосоматика» означает такой метод изучения и лечения больного человека, при котором учитываются не только биологические и психологические (психиатрические) аспекты его физического страдания, но и влияние на них различных социальных факторов. В связи с таким пониманием психосоматики высказывается точка зрения о том, что она представляет собой не просто раздел общей патологии, а является основной концепцией медицины, рассматривающей в единстве среду, соматическое и психическое. Как писал видный отечественный интернист Д. Д. Плетнев (1927 г.), «нет соматических болезней без психических из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

Влияние психического состояния на соматическое

Психическое здоровье — одна из важнейших составляющих общего здоровья.

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В современном понятии психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью. Психосоматическая медицина начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

Факторы возникновения психосоматических патологий

Можно назвать восемь основных источников психосоматических заболеваний:

I. Внутренний конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой.

II. Мотивация по типу условной выгоды, когда симптом несет условную выгоду для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

III. Эффект внушения (другим лицом). Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «дурочка, дурак, остолоп, жадина» и т. п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь.

IV. «Элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

V. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела.

VI. Самонаказание. Если человек совершает неблаговидный, по его мнению, поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Самонаказание — очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

VII. Травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего периода детства.

VIII. Алекситимия.

Исторический подход к пониманию психосоматики

Термин «психосоматика» предложил в 1818 году J. Heinroth, который объяснял многие соматические болезни как психогенные, прежде всего в этическом аспекте. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы и стыда, а особенно — сексуальных страданий. Через 10 лет М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время

дополнительное по отношению к «психосоматическому».

Хотя термин «психосоматика» является новым, концепция, которую он отражает, так же стара, как и врачебное искусство. Гиппократ первым в своем учений о темпераментах сформулировал положение о единстве души и тела. Он высказал также мысль о том, что болезнь представляет собой особую реакцию индивидуума на условия его жизни в среде. В 1857 г. R. Wirchow повторил это положение утверждением, что болезни представляют собою лишь проявления жизненных процессов в измененных условиях. Как известно, в последующем он изменил свою формулировку болезни, создав свою концепцию клеточной патологии. В наше время И. В. Давыдовский обозначил болезни как формы адаптации человека.

Для Гиппократа представление о больном человеке было важнее представления о диагнозе болезни. Противоположная точка зрения постулировала тезис о том, что болезни представляют собой поражение отдельных частей организма и что, в частности, причиной таких поражений является «внедрение» в организм чего-то постороннего. В душу может вторгнуться дьявол, а в тело — микроб. Эти две противостоящие точки зрения явились исходным пунктом всех медицинских концепций: одна — более человечная, а другая — более «объективная»; одна стремилась к тому, чтобы выявить индивидуальные особенности больного человека; другая с помощью научных выводов стремилась определить диагноз болезни; с точки зрения одних — индивидуум болен; с точки зрения других — у индивидуума болезнь. В период научных открытий XIX века и главенства экспериментальной медицины, собравшей обширные этиологические (причинные) факты, учение о болезнях возобладало над учением о больном человеке, а учение о патологических процессах — над учением о «почве», на которой эти процессы развертываются.

Во врачебный лексикон термин «психосоматика» был введен венским психоаналитиком F. Deutsch в 1922 г., который позднее, в сороковые годы, эмигрировал с коллегами в США.

Принято считать, что психосоматическая медицина — ровесница текущего века. Однако речь при этом вдет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела.

Возврат к гиппократической точке зрения обозначился в конце XIX — начале XX в. и был обусловлен достижениями в области нейрофизиологии и психиатрии.

Результаты нейрофизиологических исследований способствовали получению важных фактов о связях нервной системы с самыми различными соматическими системами организма.

Развитие современной психосоматической медицины

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции S. Freud, который совместно с Brayer доказал, что «подавленный аффект», «психическая травма» путем «конверсий» могут проявляться соматическим симптомом. S. Freud указывал, что необходима «соматическая готовность» — физический фактор, который имеет значение для «выбора органа» и который можно представить себе в процессе его возникновения. В психиатрии S. Freud (1893 г.), I. Dejerine (1902, 1911 гг.), P. Dubois (1912 г.) показали возможность излечения соматических расстройств при неврозах с помощью психотерапии. Зарубежные психиатры, в первую очередь приверженцы психоанализа, считают, что именно S. Freud внес много ценных фактов в создание учения о психосоматической медицине.

Его исследования об истерическом (конверсионном) неврозе показали

возможность проявления вовне болезненных расстройств не психическими, а соматическими симптомами. Наиболее часто конверсионные симптомы встречаются при истерическом характере, но они могут возникать и при любом другом характерологическом складе. Если в период создания учения S. Freud наиболее частыми конверсионными расстройствами являлись двигательные — припадки, параличи, парезы, астазия-абазия, анестезия, гиперестезия и т. д., то к настоящему времени конверсионные расстройства проявляются прежде всего в форме боли или респираторных нарушений (одышка). Одновременно создается учение об ипохондрическом неврозе и неврозе органов. Наблюдавшиеся при них самые разнообразные патологические ощущения не могли быть объяснены наличием соматической патологии.

Гипотезы возникновения психосоматических заболеваний

После Первой мировой войны в немецкой психиатрии появляется прилагательное «психосоматический», которое позже распространяется в других странах, в первую очередь в США, для отграничения определенной группы болезней. В 30—40-х годах XX века рядом зарубежных исследователей была предпринята попытка выделения из числа соматических заболеваний группы психосоматических болезней, в возникновении и рецидивировании которых ведущая роль принадлежала психогенному фактору (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, гипертиреоз и др.). U. Cannon показал, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре.

T. Uexkull описал «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации органных функций. Заболевание развивается в тех случаях, когда разрешение состояния готовности невозможно.

Sifneos ввел понятие алекситимии — неспособности человека к эмоциональному резонансу. Дальнейшим толчком к развитию психосоматической медицины послужила Вторая мировая война в связи с теми психическими потрясениями, которые она за собой повлекла. В этот период появляются и первые руководства, посвященные психосоматической медицине, вышедшие в США. Творчески развивая идею З. Фрейда, P. Alexander (1943 г.) предложил теорию эмоциональных конфликтов, принципиально воздействующих на внутренние органы. Он попытался связать специфику психосоматического заболевания с типом эмоционального конфликта, который ведет к тому, что не выполняются действия, направленные на внешний конфликт. Эмоциональное напряжение не может подавляться, так как сохраняются сопровождающие его вегетативные изменения. В дальнейшем могут наступить изменения тканей и необратимое органическое заболевание.

К примеру, у пациентов с тиреотоксикозом обнаруживается глубинный страх перед смертью. Очень часто у таких больных в раннем возрасте имела место психологическая травма, например потеря любимого человека, от которого они зависели. Поэтому после они пытались компенсировать импульс зависимости попытками раннего взросления, например попытками опекать кого-либо, вместо того чтобы самим оставаться в зависимом положении. Поэтому у пациента, который стремится к скорейшему достижению зрелости, заболевает орган, выделяющий секрет, ускоряющий обмен веществ.

Хронически готовые к борьбе гипертоники имеют дисфункцию аппарата кровообращения. Они подавляют свободное выражение неприязни по отношению к другим людям из-за желания быть любимыми. Их враждебные эмоции бурлят, но не имеют выхода. В юности они могут быть забияками, но с возрастом замечают, что отталкивают от себя людей своей мстительностью и начинают подавлять свои эмоции. Артритик — тот, кто всегда готов атаковать, но подавляет в себе это стремление. Имеется

значительное эмоциональное влияние на мускульное выражение чувств, которое при этом исключительно сильно контролируется.

Пациент с нейродермитом имеет выраженное стремление к физическому контакту, подавленное сдержанностью родителей, поэтому он имеет нарушения в органах контакта.

Язвенник мечтает хорошо поесть, и тогда появляется повреждение в тканях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Желудочные функции расстраиваются у людей, которые стыдливо реагируют на свое желание получить помощь или проявление любви со стороны другого человека, желание опереться на кого-либо. В других случаях конфликт выражается в чувстве вины из-за желания отобрать силой что-либо у другого. Причина, объясняющая, почему желудочные функции столь уязвимы для подобного конфликта, заключается в том, что еда представляет собой первое явное удовлетворение рецептивно-собирательного желания. В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным связаны очень глубоко. Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, что нередко в обществе, главной ценностью которого считается независимость, желание это находит регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. Эта тяга стимулирует секрецию желудка, а хроническое повышение секреции у предрасположенного индивида может привести к образованию язвы.

При язвенном колите не найдено пока прямых психофизиологических корреляций, но предполагается, что подавление деструктивных импульсов и нарушение или утрата ключевых взаимоотношений, сопровождаемых чувством безнадежности и отчаяния, могут также быть причинными факторами болезни. Эти больные также выказывают подсознательные тенденции к зависимости, они пытаются компенсировать их желанием отдать что-либо в обмен на желание получить. Однако им не хватает уверенности для реализации этих амбиций. Когда они теряют надежду на достижение того, к чему стремятся, появляется нарушение кишечной деятельности.

Формулировки, данные P. Alexander (1943 г.) специфическим психологическим конфликтам, вызвали много возражений, из-за которых были забыты другие его высказывания. В действительности его восприятие этих болезней имело три аспекта:

I. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические факторы.

II. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсибилизирован в силу своих ключевых конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты.

III. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

Кроме того, имеются прямые различия в автономных реакциях индивидов на различные формы нагрузок. Индивидуальные особенности интенсивности и проявлений автономных реакций могут объяснить различные проявления психосоматических заболеваний. H. F. Dunbar (1943 г.) выдвинула концепцию зависимости психосоматической патологии от тех или иных профилей личности.

K. Jaspers акцентировал внимание на роли нарушений социального общения в генезе психосоматической патологии.

A. Mischerlich, открывший первую в мире психосоматическую клинику, полагал, что при хроническом психосоматическом развитии происходит сначала борьба с невротическим комплексом путем его вытеснения, а затем — сдвиг в динамике соматических защитных процессов.

После Второй мировой войны T. Uexkull была изложена и теоретически обоснована оригинальная всеобъемлющая «биопсихосоциальная модель».

Биопсихосоциальный подход изначально рассматривает человека в его естественном психобиологическом развитии применительно к здоровью и болезни в его окружении, которое он не только воспринимает, но и по мере возможности создает сам. T. Uexkull создал концепцию внешнего мира и организма как «динамически развивающегося целого». Подобных взглядов придерживался и Weiner, который попытался описать «организм в здоровье и в болезни» на всех уровнях и ступенях организации и развития как интегрированную регуляционную систему.

J. Butler относил к психосоматическим заболеваниям расстройства, при которых провоцирующее событие в жизни человека вначале запускает общую неспецифическую реакцию адаптации, по G. Selier, а затем вызывает в той или иной степени обратимое поражение наиболее уязвимой ткани, органа или системы.

Своего рода аналогом этого направления в отечественных исследованиях явилось разработанное школой И. П. Павлова учение о кортико-висцеральной патологии. Важное практическое значение при этом имело выделение начальной «стадии обратимых дисгармоний», на которой адекватное использование психотерапевтических приемов прерывало дальнейшее развитие болезни.

I. M. Weies и G. Engel (1952 г.) схематически выделяют три этапа в развитии концепций психосоматической медицины: в XIX веке считалось, что первично заболевают клетки организма, что влечет за собой поражение структуры органа, и на этой основе возникают функциональные нарушения; в начале XX века господствовало убеждение о первоначальном развитии функциональных расстройств, приводящих к клеточной патологии с последующим нарушением структуры органов. Со времени утверждения в правах гражданства психосоматической медицины (середина XX века) возникает иная трактовка многих патологических состояний. Считается, что вначале появляются психические расстройства, влекущие за собой функциональные нарушения, которые могут со временем усложниться клеточной патологией и, как следствие, поражением структуры.

Варианты взаимосвязи соматических и психических расстройств

Три национальных школы внесли наибольший вклад в разработку проблемы психосоматической медицины: американская школа (F. Alexander, H. Dunbar, I. Weies, и G. Engel), разрабатывающая теоретические основы психосоматики на основе психоаналитических концепций; немецкая школа (W. von Krehl, von Weizsacker, von Bergman), отдающая предпочтение разработке философских основ психосоматики, и отечественная школа, в которой основой изучения психосоматических расстройств является учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. К настоящему времени с учетом соотношения соматических и психических расстройств возможно выделение следующих вариантов:

- соматическое и психическое заболевания могут сосуществовать у одного и того же больного независимо друг от друга;
- соматическое заболевание может быть непосредственным признаком появления тех или иных психических расстройств (делирий у больного сыпным тифом, депрессии у больного карциномой, о которой он не осведомлен);
- предыдущий вариант, но с присоединением невротической или депрессивной реакции больного на возникновение соматической болезни (при инфаркте миокарда, СПИДе, лучевой болезни). В этом случае речь идет о «второй болезни» (по Г. Е. Сухаревой, 1959 г.), или о нозогении, «нозогенной реакции» (по А. Б. Смулевичу, 1995 г.) и др.;
- соматические и психические изменения вследствие генетических изменений или раннего постнатального поражения мозга (соматические стигмы при психопатиях,

невропатиях, врожденном сифилисе);

- дезинтеграция соматического функционирования (вплоть до маразма) вследствие тяжелого психического заболевания (при прогрессивном параличе, фебрильной или гипертоксической шизофрении).

Составляющие психосоматических расстройств

В современной отечественной медицине признанной является позиция А. Б. Смулевича, который полагает, что психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, проявляющихся экзацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов — соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание. В соответствии со структурой психосоматических соотношений в рамках психосоматических расстройств выделяется континуум патологических состояний (М. Ю. Дробижев, Э. Н. Ищенко, К. А. Батурин, 2000 г.).

На одном из полюсов этого континуума находится соматическая патология, амплифицированная (усиленная) расстройствами соматопсихической сферы: приступы нестабильной стенокардии, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз, тяжелый приступ бронхиальной астмы, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие с витальным страхом, тревогой, конверсионными проявлениями. Центральное положение занимают коморбидные (на уровне общих симптомов) соматические и психические расстройства.

Общие симптомы — проявления соматической патологии, воспроизводимые (дублируемые) по механизму атрибутивных атак (например, условно-рефлекторное воспроизведение пароксизма кардиалгий, сжатия в грудной клетке, диспноэ, ощущения преграды в дыхательных путях, болей в межреберных мышцах вне объективного приступа стенокардии или бронхиальной астмы, но в ситуации, в которой возник первый приступ). На другом полюсе континуума психосоматических состояний — психическая патология, редуцированная до соматоформных расстройств.

Психосоматические соотношения, отнесенные к первому и второму вариантам (соматическая патология, амплифицированная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами), чаще всего наблюдаются при патологии внутренних органов, определяемой как психосоматические заболевания в традиционном «узком» понимании этого термина — ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит и ряд других (в том числе аллергических) заболеваний. В ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события.

Влияние стрессов на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено данными многочисленных клинических и экспериментальных исследований. Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. Значимая роль в формировании психосоматических заболеваний принадлежит личностным свойствам. Выделяется ряд личностных профилей, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания.

О распространенности психосоматических расстройств с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей (обращаются к знахарям, целителям). Тем не менее частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до

50%, а в общемедицинской практике — от 30 до 57%. Эпидемиологические исследования показывают, что к психосоматической патологии более предрасположены люди пожилые и среднего возраста, а также с низким прожиточным уровнем. Эта патология чаще отмечается у женщин. Таким образом, частота психосоматических заболеваний зависит от многих факторов (пол, возраст, место проживания, наличие или отсутствие вредных привычек и т. д.).

Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак — сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках.

Виды психосоматических расстройств

В пределах соматизированных расстройств выделяются относительно изолированные функциональные нарушения отдельных органов («функциональные синдромы» по Т. Uexkull) — органные неврозы. Различают кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной», или «возбудимой», толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и пр. Психопатологические проявления таких неврозов чаще всего исчерпываются сочетанием конверсионных и соматизированных симптомокомплексов с тревожно-фобическими расстройствами и, в частности, с фобиями ипохондрического содержания.

Большинство современных исследователей выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания. Первые по существу, еще не являются точно очерченной патологией и встречаются у здоровых людей как единичные, изолированные реакции организма на те или иные стрессовые моменты. Примером этих реакций являются учащение мочеиспускания и диарея у студентов перед трудными экзаменами. В то же время при определенных условиях эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического заболевания.

В последнее время стали выделять «классические» психосоматические расстройства, в клинической картине которых имеется органическое поражение той или иной системы (язвенная и гипертоническая болезнь, неспецифический язвенный колит и т. д.).

Страдающие психосоматическими расстройствами никогда не обращаются к психиатрам и длительное время (иногда годами) безуспешно лечатся у врачей других специальностей, нередко переходя от одного врача к другому. Неэффективность многолетнего лечения этих пациентов, покидающих поликлинику или стационар только для того, чтобы, «выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую», наносит большой моральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного, его семьи, друзей и сотрудников по работе всю медицинскую науку и практику (В. Д. Тополянский, М. В. Струковская). Именно поэтому врачам общего профиля, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, хирургам необходимо иметь хотя бы общее представление о психосоматических расстройствах.

Выраженность психосоматических реакций

Современная психосоматическая медицина изучает расстройства соматических функций самых различных систем организма. Наблюдающиеся здесь нарушения имеют различную степень выраженности. При самых легких, возникающих на фоне

повседневных эмоциональных воздействий, появляются расстройства, не являющиеся в своей основе клиническим фактом. При более глубоком эмоциональном воздействии, особенно продолжительном и подавляемом индивидуумом, психосоматические симптомы проявляются в форме функциональных расстройств, которые чаще всего диагностируются как «вегетативно-сосудистая дистония», «вагосимпатические расстройства» и т. д.

Уровень этих нарушений и особенности наблюдаемого здесь психического фона ставят подобные нарушения в связь с неврозами, в частности с истерическим неврозом. Существует, однако, точка зрения, что между неврозами и психосоматическими расстройствами существуют большие различия. Больные неврозами обычно хорошо осознают свои психические конфликты и связанные с ними изменения психического состояния. Больные с психосоматическими расстройствами обычно считают себя только физически больными людьми (W. Brautigam, 1973 г.). Наконец, в тех случаях, когда существует выраженное длительное и постоянно подавляемое эмоциональное напряжение, внешним проявлением которого в части случаев являются стойкие расстройства настроения в форме субдепрессии, а также начинают акцентироваться и даже превалировать какие-то определенные характерологические черты, налицо условия для появления настоящей психосоматической болезни.

Факторы, способствующие развитию психосоматической патологии у различных возрастных групп

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст. В формировании психосоматических реакций у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания (неполная семья и др.). В последние годы выявляется все больше данных, согласно которым профилактикой психосоматических расстройств у детей являются нормальные роды и адекватные условия воспитания в первые годы жизни.

Прежде всего остановимся на той почве, которая оказывается благоприятной для возникновения психосоматических расстройств. Чаще речь идет о последствиях совсем нелеченных или недостаточно леченных соматических и органических заболеваний, в совокупности дающих картину «невропатической конституции». Особенно часто отмечается отсутствие должного внимания к последствиям черепно-мозговой травмы: этим больным (особенно детям) не дают «вылежаться» — их трудно удержать в постели в связи с появлением посттравматической эйфории, но на практике ее нетрудно снять транквилизаторами или парентеральным введением сульфата магния.

Как правило, они не получают всего комплекса необходимых медикаментозных средств — снижающих внутричерепное давление, вегетотропных, рассасывающих. В последующем не проводятся динамическое наблюдение, поддерживающие курсы вегетотропного лечения и другие профилактические мероприятия. Следствием этого являются головные боли, головокружения, снижение памяти, отставание в учебе, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте, утомляемость, вазо-вегетативные расстройства, плохая переносимость резких запахов и тяжелых физических нагрузок, особенно в согнутом положении, — т. е. те или иные проявления психоорганического синдрома.

Уже начиная с колыбели выявляется особое значение материнской заботы, лишение ее в раннем возрасте значимо как в плане формирования депрессии, так и психопатий. Условия неадекватного домашнего воспитания (особенно если оно по своей направленности совпадает с таковым же школьным) могут способствовать формированию психопатических личностных особенностей и явиться неиссякаемым источником невротизации ребенка и подростка.

У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными

симптомами в виде разнообразных психосоматических реакций. Эти реакции порой неотличимы от невротических, обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей для ребенка ситуации. Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры и поносы и др.). Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т. д. Реже отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоларингоспазма, энуреза и др.

В подростковом возрасте психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых, здесь превалируют проявления эндокринных пертурбаций, а в возрасте обратного развития — нажитые сосудисто-органические поражения.

Глава 2. Клинические проявления психосоматических расстройств

Психопатологические проявления соматизированной депрессии

Значение психосоматической патологии в современной медицинской практике

Психические расстройства приобретают в последние десятилетия особую значимость среди всех классов заболеваний. Выявляемость непсихотических психических расстройств, особенно депрессий, возрастает во всех странах и регионах мира. Особенно часто психические расстройства выявляются у пациентов общесоматических медицинских учреждений: к настоящему времени считается надежно подтвержденным, что клинически значимые проблемы психического здоровья обнаруживаются у пациентов общей медицинской сети. Это прежде всего депрессии, тревожные и соматоформные расстройства, т. е. расстройства аффективного спектра. Нарушения аффективной сферы являются одной из наиболее частых форм психической патологии, уступающих по степени тяжести и распространенности лишь астении.

Распространенность психосоматических нарушений

Значительное увеличение числа депрессивных состояний за последние годы обусловлено не столько учащением психических заболеваний, сколько выявлением их более мягких и легких форм, проявляющих известную атипию и клинический полиморфизм. Они складываются из нарушений аффекта, психической активности и нарушений «соматического тонуса». Удельный вес каждого из компонентов этого синдрома определяет различные проявления депрессии — от легкой беспричинной грусти до выраженного психофизического бессилия. По данным П. Пишо, показатели болезненности для депрессивных проявлений составляют 6% взрослого населения. Среди них значительную часть составляют соматизированные (маскированные) депрессии, т. е. депрессивные состояния, основу которых составляют нарушения вышеназванного «соматического тонуса».

По частоте соматизированные депрессии превосходят классические, или «явные», депрессии. Больные с соматизированными депрессиями наблюдаются практически врачами всех специальностей. Однако данные об их частоте не отражают истинной картины распространенности этих состояний, поскольку не являются результатом

целенаправленных эпидемиологических исследований. На основе анализа данных по обращаемости к семейным врачам аффективные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляют от 7 до 31%. Сравнительно более высокие показатели распространенности соматизированных депрессий отмечаются среди больных пограничного профиля и общемедицинской практики — до 22%.

Состояния, которые сейчас описываются как маскированные, были известны давно. В прошлом веке подобные состояния относили к группе эндогенных периодических психозов и обозначали как «неврастеническая меланхолия», «неврастеническая псевдоневрастения», «мягкая форма циркулярного психоза» и т. д. E. Kraepelin подобные случаи с циркулярным течением и типичным исходом включал в группу маниакально-депрессивного психоза (цит. по Ю. А. Каннабиху). Таким образом, в клинико-нозологическом смысле циклотимия была достаточно четко определена и отграничена, хотя сами границы между отдельными заболеваниями в пределах крепелиновской парадигмы постоянно уточнялись. Целенаправленное научное исследование проблемы стало проводиться лишь в последние 30 лет.

В психиатрии понятие «депрессия» применялось, по крайней мере до последнего времени, в отношении выраженных состояний, проявляющихся подавленностью, заторможенностью и требующих в основном стационарного лечения. Этот факт влиял на клиническое мышление врачей всех специальностей, следствием чего явилось почти полное исключение из поля зрения мягких форм депрессий. По справедливому замечанию В. Ф. Десятникова, «проблема здесь не только гностическая, а большей частью практическая»; 27% больных депрессией обращаются к психиатру спустя 5 и более лет от начала заболевания. Это связано, с одной стороны, с недостаточной профессиональной подготовкой и осведомленностью врачей общего профиля о соответствующих психических заболеваниях, а с другой — с особенностями «внутренней картины заболевания», когда пациенты сообщают врачам лишь о тех признаках, в которых сами разбираются и которые их больше беспокоят, не фиксируя внимания врача на депрессивных проявлениях в виде подавленности, угнетенности, тревожности.

Сущность маскированных депрессий

Под соматизированными (маскированными) депрессиями принято понимать депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психопатологические проявления остаются в тени, то есть депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями. Такие депрессии называют соматизированными, поскольку их клиника исчерпывается расстройствами, обычно характерными для соматических заболеваний, и маскированными, так как собственно депрессивного настроения как такового почти незаметно: оно как бы прячется за проявлениями соматических заболеваний. Несмотря на широкое признание, термин «маскированная депрессия» представляется довольно неопределенным, поскольку обозначение этих, состояний, как «депрессия» не совсем адекватно.

В частности, говорить о депрессии в отсутствие депрессивного настроения и других существенных элементов депрессии неправильно и спорно. Хотя все исследователи обозначали подобные состояния, как депрессии, давая им различные названия (ларвированная, маскированная, скрытая, латентная, туманная, стертая, вегетативная, соматизированная депрессия, депрессивные эквиваленты, депрессия без депрессии и т. д.), такое обилие терминов свидетельствует о чрезвычайной сложности проблемы атипичных депрессий, связанной с вопросами этиопатогенеза, клинической дифференциации, нозологической принадлежности, терапии и т. д. При изучении соматовегетативных расстройств в рамках так называемых мягких, легких, атипичных форм депрессивных состояний было отмечено, что клиническая картина заболевания

характеризуется доминированием соматических симптомов и нарушений вегетативной нервной системы, которые могут полностью перекрывать лежащую в их основе депрессию. Несмотря на это, следует подчеркнуть, что все они представляют собой «соматические эквиваленты депрессии», иными словами, являются выражением «латентного депрессивного состояния».

Историческая эволюция понятия соматизированной депрессии

Первые попытки отграничить самостоятельный тип депрессивной болезни, характеризующийся доминированием соматовегетативной симптоматики, осуществили В. Цимбал и Д. Д. Плетнев. В этом плане представляет интерес работа Д. Д. Плетнева «К вопросу о соматической циклотимии» (1927 г.), в которой впервые в отечественной литературе поставлен вопрос о соматических расстройствах как о симптомокомплексе, составляющем единственное проявление циклотимии. Д. Д. Плетнев привел два клинических наблюдения, в которых наиболее характерными симптомами являлись периодические колебания массы тела, нарушения менструального цикла, полового влечения, активности и нарушения сна.

В зарубежной литературе широкую известность получили работы R. Lemke о вегетативной депрессии (1949 г.), которую автор квалифицировал как заболевание из круга маниакально-депрессивного психоза. Рассматриваемый вариант депрессии определяется как «вегетативная дистония» и сопровождается преимущественно соматовегетативной симптоматикой (потливость, тремор, головная боль, головокружение, отсутствие аппетита, затрудненное дыхание, бессонница, импотенция) на фоне объективно установленного удовлетворительного состояния внутренних органов. Депрессия — общемедицинская проблема, которая касается не только психиатров, но и врачей любой специальности. Лозунг отечественной медицины «лечить не болезнь, а больного» предполагает не локальную «технологию» лечебного процесса (модное, но спорное применительно к медицине понятие), а многогранную, в том числе и психолого-психиатрическую, оценку ситуации и соответствующие воздействия на различные патогенетические звенья болезненного процесса.

Клинические проявления соматизированной депрессии

Многие авторы склонны считать, что соматизированная депрессия не является нозологической единицей, а представляет собой симптомокомплекс, одинаково присущий циклотимии, шизоаффективному психозу и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Соматизированная депрессия является заболеванием «мимикрическим», т. е. имитирующим все физические субъективные переживания больного на фоне витального снижения настроения, ипохондричности, особого эмоционального отношения к болезни.

Отечественные и зарубежные авторы традиционно рассматривают депрессию в неразрывном единстве психических и соматовегетативных расстройств. В соответствии с диагностическими принципами международной классификации психических заболеваний последнего пересмотра (МКБ-10) в рамках депрессий наряду с подавленным настроением, утратой интересов, сниженной самооценкой, идеями виновности и уничижения выделяют соматический («витальный», «биологический», «эндогенноморфный») синдром, включающий нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрату аппетита, потерю массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо. При этом подчеркивается, что соматические симптомы могут присутствовать в клинической картине депрессий различной степени тяжести, а в случаях атипичной гипотимии — являться основным диагностическим критерием.

Термин «депрессия» стал скорее бытовым, нежели медицинским понятием. Не всегда плохое настроение, чувство печали являются признаками болезни — способность к

смене настроения есть важнейшая функция человеческой психики. В медицинской практике выделяют ряд заболеваний, сопровождающихся симптомами депрессии, которые условно называют «расстройствами депрессивного спектра». Эти расстройства имеют общие или схожие механизмы возникновения, но протекают по-разному, требуют разного лечения. Данные заболевания изменяют отношение человека к себе, окружающим и к жизни в целом. Анализ причин депрессии, как правило, показывает, что в каждом случае имеется как биологическая причина (предрасположенность), так и неблагоприятное воздействие окружающей среды, однако соотношение этих факторов в каждом случае разное. Проявляется депрессия у всех по-разному, в структуре этого заболевания могут преобладать печаль, тоска, слабость и раздражительность; особой, но очень распространенной формой заболевания является состояние, когда болезнь проявляется только телесными симптомами (боли, неприятные ощущения в груди, животе, рвота и т. п.) практически без признаков сниженного настроения и других психических проявлений.

Механизмы возникновения маскированной депрессии

Депрессия, как предполагается, имеет свою эндогенную основу в виде определенных механизмов нейромедиации (в частности, серотониновой) и может включаться в реакцию личности на соматическую болезнь, во многом определяя успех или неуспех лечебно-реабилитационных мероприятий. Согласно общепринятой на сегодня концепции, депрессия — это, в первую очередь, дефицит серотониновой медиации, нехватка серотонина при синаптической передаче. В синаптическую щель молекулы серотонина поступают из везикул пресинаптического нейрона. Освобожденные молекулы связываются с соответствующими рецепторами постсинаптического нейрона, и если их достаточное количество, то эта связь и передача импульса обеспечивают активную деятельность, хорошее настроение, работоспособность.

Часть молекул серотонина из синаптической щели через молекулярный насос поступает обратно в пресинаптический нейрон и здесь разрушается ферментом моноаминоксидазой, содержащейся в митохондриях. Часть серотонина, не успевшая разрушиться этим ферментом, вновь включается в серотониновые везикулы пресинаптического нейрона и совершает новый цикл такого кругооборота. Актуальность проблемы депрессии хорошо иллюстрирует описанный более 30 лет назад Watts (1966 г.) «феномен айсберга». Как известно, надводная часть айсберга — лишь незначительная (примерно одна десятая) его часть.

В широкой клинической практике лица с депрессией, обращающиеся к специалистам-психиатрам, — это и есть надводная часть айсберга, а большую («скрытую под водой») часть составляют лица, обращающиеся к интернистам с разными соматическими жалобами, которым «приклеиваются» различные диагнозы, — ревматологические, гастроэнтерологические, кардиологические, неврологические и другие (часто — «нейроциркуляторная», или «вегетативная», дистония).

Патогенез соматизированной депрессии

Генезис (происхождение) соматизированных депрессий остается до конца неясным, но в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере три механизма:

- скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, то есть служит причиной ее декомпенсации, манифеста;

- скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродермит, заболевания суставов, аллергические явления), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических синдромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии;

- скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни.

Возрастная зависимость соматизированной депрессии

Возраст и пол. Прослеживается некоторая предпочтительность депрессивных проявлений для разных возрастных периодов. Однако одни авторы считают, что первые депрессивные фазы могут возникать еще в раннем детстве, принимая исключительно форму маскированных; другие сомневаются в этом, указывая на большие трудности диагностики; третьи отмечают, что депрессивные расстройства более свойственны позднему возрасту, особенно мягкие, стертые состояния. Они могут составлять до 40% от общего числа пациентов позднего возраста с психическими нарушениями пограничного уровня. Отдельные авторы говорят о предпочтительности как детского, так и позднего возрастов.

Г. Е. Сухаревой одной из первых выделена и описана ларвированная детская депрессия. Раскрывая проблемы детской аффективной патологии, она отмечает, что в клинической картине депрессии большой удельный вес принадлежит вегетативно-соматическим расстройствам. Частыми жалобами больных являются неприятные соматические ощущения, боли в области сердца, а у детей младшего возраста — боли в животе. Автором подчеркивается, что именно эти возрастные особенности депрессий все же заставляют думать в первую очередь о наличии соматического, а не психического заболевания у ребенка. A. Weber, изучая причины развития депрессий у маленьких детей и у детей препубертатного возраста, предполагает, что они различны.

В первом случае депрессия — это следствие нарушенных внутрисемейных взаимоотношений в системах мать—дитя и отец—дитя. Во втором случае депрессивные расстройства — результат перегрузки в школе. На основании этого выделяются основные клинические признаки детской депрессии: апатия, равнодушие или некоторый негативизм, анорексия, слезливость и стремление быть тихим и незаметным. D. E. Klein отмечает, что в ряде случаев в подростковом и юношеском возрасте атипичные депрессии протекают более короткими и частыми эпизодами. Такие формы развиваются на фоне личностных девиаций избегающего, истерического и зависимого типов с чертами аффективной лабильности, тревожности, сенситивности в интерперсональных отношениях.

По данным С. И. Гавриловен и В. В. Киржановой, с возрастом отмечается увеличение частоты депрессивных расстройств. В результате удельный вес аффективных расстройств в позднем возрасте оказывается на 4-м, а не на 10-м месте, как в структуре общепопуляционной заболеваемости.

Соматизированные депрессии чаще выявляются у женщин. В отдельных исследованиях указывается на преобладание мужчин (соответственно 9,3 и 6,9%).

Таким образом, отмечается довольно значительное расхождение в данных различных авторов, что обусловлено отсутствием единых, унифицированных методик исследования и оценки состояния. Подобный факт делает эти данные трудносопоставимыми и малодостоверными.

Зависимость депрессии от особенностей личности больного

Преморбидный склад личности. При анализе преморбидных особенностей характера больных с маскированной и типичной депрессией обнаружено, что больные с маскированной депрессией до заболевания отличались меньшей тревожностью, возбудимостью, чем больные с типичной депрессией. Первые меньше фиксировались на своем здоровье, чем последние. Личность больных с маскированной депрессией характеризуется как гипертимная, стеничная, педантичная, непреклонная в своих

взглядах, требовательная; некоторые авторы указывают на циклоидный истероидный склад характера.

Диагностика соматизированных депрессий

Распознать сущность соматических расстройств очень сложно. Дело в том, что совокупности соответствующих симптомов заставляют врача общей практики, к которому в первую очередь попадает такой больной, выстраивать модель подозреваемого им соматического заболевания, тем более что и больной всячески понуждает врача именно к этому, не замечая у себя никаких психических симптомов. А с учетом клинического полиморфизма вариантов, требующих исключения, может быть очень много. Из-за желания более тщательно обследовать больного с помощью параклинических методик и неупорядоченности диагностических процедур этот процесс может растягиваться на годы.

Но возможность ускорить процесс обращения таких пациентов к психиатру или психотерапевту существует. Прежде всего необходимо осознать, что при психоневрологическом обследовании могут быть выявлены диагностически значимые факты, нередко ускользающие от внимания интерниста. Так, при тщательном изучении анамнеза мы, скорее всего, в истории болезни обнаружим свидетельства того, что аналогичные состояния уже отмечались в прошлом у пациента. Возможность же первичного болезненного приступа менее вероятна. Что же можно обнаружить в истории болезни у пациента? Прежде всего наличие истинной депрессивной фазы, потребовавшей лечения антидепрессантами. Часто сама депрессия и тогда не была замечена, но есть упоминание, например, о маломотивированной попытке самоубийства. В анамнезе может найти отражение и соматизированная фаза как с аналогичными, так и с иными, но тоже функциональными (соматическими) расстройствами.

Должна насторожить и множественность соматических расстройств, возникающих то друг за другом, то одновременно. Особенно это характерно для больных молодого возраста с выраженной наследственной отягощенностью.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что диагностирование той или иной разновидности соматизированных расстройств не исключает необходимости тщательного первичного и последующих динамических обследований соматического состояния больного, поскольку, как известно, первоначально точно диагностированные функциональные расстройства в последующем могут трансформироваться в органические.

Достаточно отчетливыми могут быть и выявляемые при осмотре признаки, косвенно свидетельствующие о наличии скрытой депрессии. Сам больной может и не осознавать наличия подавленности, но мимика у него обедненная, на лице — выражение скорби, углы рта опущены, верхнее веко изломлено под углом в области внутренней трети (симптом О. Верагута), голос тихий, речь монотонная, мало модулированная. По ходу беседы удается выявить и несколько сниженное настроение, отсутствие жизненной активности, грусть, склонность считать себя каким-то ущербным, нервным. Такой пациент пессимистически оценивает настоящее и будущее, проявляет некоторую тревожность, слезливость, особое отношение к своему болезненному состоянию: преобладает чувство безнадежности с суицидальными мыслями и даже попытками, с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях. Его самочувствие в течение дня меняется, может быть хуже либо утром (вялость, заторможенность, ощущение безнадежности, усталость), что более типично, либо вечером. Бывают и смешанные состояния, когда настроение хуже утром, а усталость нарастает к вечеру.

Диагностические признаки соматизированной депресии

С целью своевременного диагностирования скрытых депрессивных состояний

может быть предложен комплекс признаков, представляющийся достаточно надежным:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- фазное течение: в анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;
- наследственная отягощенность по линии аффективных психозов. Симптоматика заболевания пробанда (родственника) может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;
- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи — «вечерние интервалы»);
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил. У детей и подростков наблюдается раздражительность;
- заметное уменьшение или прибавление массы тела без использования диеты (более 5% в месяц), длительная потеря аппетита; дети в массе тела не прибавляют;
- заметная потеря интереса ко всем (почти) занятиям (работа, хобби, домашние дела), сохраняющаяся, как правило, изо дня в день в течение почти всего дня (так называемая ангедония);
- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;
- навязчивые мысли о смерти (не только страх смерти), повторные мысли о самоубийстве с планом или без него или попытка самоубийства;
- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обнаруживающие значительное сходство с проявлениями соматических заболеваний. Термин «маскированная» адекватен именно для этих форм.

Пять перечисленных симптомов должны отмечаться как минимум в течение двух недель, и одновременно должно наблюдаться явное ухудшение в личностном функционировании: сниженное настроение, потеря интереса или удовольствия и т. п.

В зависимости от присутствия в клинической картине тех или иных расстройств выделяют вегетативный, астенический, сенестопатический, ипохондрический варианты соматизированной депрессии.

Вегетативная депрессия

Депрессия вегетативная, описанная R. Lemke (1949 г.), — разновидность соматизированной циклотимической депрессии, при которой диагностический центр тяжести находится на стороне телесных ощущений, а признаки подавленного настроения отходят на задний план. Характерной особенностью вегетативной депрессии является то, что основную роль в клинической картине наряду с неприятными ощущениями играют вегетативные функциональные нарушения с чувством давления в области груди и головы, удушьем, головной болью, расстройствами сна, потерей аппетита, уменьшением либидо, запорами, усиленным потоотделением, сухостью во рту, головокружениями, тахикардией, колебаниями АД и незначительным мидриазом.

Клиническая картина

К наиболее типичным соматовегетативным проявлениям депрессии относят нарушения сна. Еще Аретей Каппадокийский во II в. н. э. описывал больных депрессией как «печальных, унылых и потерявших сон». Е. Kraepelin (1910 г.) отмечал, что сон у таких пациентов носит поверхностный характер и сопровождается частыми, длительными пробуждениями. J. Glatzel (1973 г.) считал, что «разорванный сон» или раннее пробуждение наряду со снижением побуждений и уменьшением способности к эмоциональному резонансу может быть выражением депрессии даже при отсутствии тоскливого настроения. По данным литературы, из каждых 500 больных с эндогенными депрессиями на расстройства сна жалуется 99,6%, а из 1000 — 83,4%, причем в 2% случаев агрипнические проявления предшествуют другим симптомам заболевания.

Такая облигатность расстройств цикла сон—бодрствование при депрессии базируется на общих нейрохимических процессах. Серотонин, нарушения медиации которого играют важнейшую роль в генезе депрессии, имеет не только выдающееся значение в организации глубокого медленного сна, но и в инициации фазы быстрого сна. Это касается и других биогенных аминов, в частности норадреналина и дофамина, дефицитарность которых имеет значение как в развитии депрессии, так и в особенностях организации цикла сон—бодрствование.

Виды нарушений сна

Расстройства сна могут быть как основной (иногда единственной) жалобой, маскирующей депрессию, так и одной из многих. Считается, что «разорванный сон» или раннее утреннее пробуждение наряду со снижением побуждений и уменьшением способности к эмоциональному резонансу могут служить указанием на наличие депрессии и при отсутствии тоскливого настроения. Диссомнические расстройства (нарушения функций сна и сновидений) чаще всего проявляются инсомнией (сон прерывистый с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия мучительным подъемом) либо гиперсомнией (компенсаторным удлинением продолжительности сна). Гиперсомния — патологическая сонливость. Легкие депрессии нередко сопровождаются повышенной сонливостью. Сон приобретает для таких пациентов определенное психологическое значение, формируется нечто вроде зависимости от сна, так как в это время, по их словам, они «отдыхают» от тягостных переживаний бодрствующего состояния. По мере углубления депрессии гиперсомния сменяется бессонницей.

Инсомния — значительное сокращение нормы суточного сна вплоть до полной бессонницы. Иногда длительное время наблюдается полное отсутствие сна. Следует заметить, что жалобы многих пациентов на бессонницу нередко преувеличенны и отражают скорее страх бессонницы, нежели истинные нарушения сна: усилия ускорить наступление сна на деле только препятствуют ему. У депрессивных больных с явлениями тревоги иногда возникают страх сна («усну и не проснусь»), гипнагогический ментизм, вегетативно-сосудистые пароксизмы. С наступлением ночи потребность в сне у депрессивных больных может утрачиваться, появляется желание что-то делать, «сон не идет».

Иногда засыпание может быть нарушено в том смысле, что оно наступает внезапно, без предшествующего дремотного периода: «засыпаю нечаянно, как отключаюсь, проваливаюсь в сон». Таким же внезапным может быть пробуждение. Весьма часто засыпание сопровождается другими нарушениями: миоклоническими вздрагиваниями, необычными телесными ощущениями, зубным скрежетом (бруксизмом), чувством увеличения или уменьшения в размерах тела и отдельных его частей. Часто наблюдаются при маскированной депрессии «феномен беспокойных ног» — чувство онемения той или иной части тела, парестезии, которые вскоре проходят, если больные начинают разминать, массировать соответствующий участок тела. Характер сновидений у депрессивных больных также меняется. Как правило, такие тягостные сновидения

характеризуются хаотической и незапоминающейся сменой образов. Могут возникать стереотипно повторяющиеся сновидения.

Расстройства аппетита выражаются дефицитом питания с полной утратой чувства голода вплоть до отвращения к пище, сопряженными с похуданием, запорами; утренней тошнотой, отсутствием аппетита.

Вегетативные нарушения

Соматовегетативные нарушения определяют клиническую картину аффективного расстройства, «маскируя» проявления собственно гипотимии. Депрессивная фаза в этих наблюдениях манифестирует нарушениями сна и аппетита с объективно регистрируемыми изолированными моносимптомами либо их сочетанием. Дебют заболевания отличается внезапностью — пациенты точно датируют время исчезновения сна и аппетита. Расстройства процесса сна, в отличие от так называемых перистатических вариантов с нарушением динамики сонного торможения и его глубины, выражаются утратой потребности в сне с полной бессонницей либо резким сокращением (до 2—3 ч в сутки) его длительности. Непродолжительный, прерванный сон не приносит отдыха, пробуждение тягостно, причем, несмотря на чувство утомления, сонливость отсутствует.

Утрата потребности в насыщении, подобно бессоннице, возникает внезапно и проявляется полной утратой аппетита вплоть до отвращения к пище, непереносимости даже запаха съестного, позывами на тошноту и рвоту. Вынужденный отказ от еды, характерный для депрессивной анорексии, сопровождается недостаточностью питания со значительным, наступающим на протяжении 1—2 недель болезни снижением массы тела. Депрессивный аффект в этих случаях представлен подавленностью с вялостью, внутренним дискомфортом, созвучными «негативному тону витальных ощущений» и тревожными опасениями по поводу соматического состояния, тогда как характерные для эндогенной депрессии чувство тоски, идеи самообвинения отсутствуют. При этом у большинства больных обнаруживается свойственная витальным депрессиям особенность — подверженность суточному ритму: наиболее тягостное самочувствие приходится на утренние часы. Тяжесть вегетативных функциональных нарушений имеет значение для прогнозирования.

Обратное развитие аффективного расстройства характеризуется редукцией соматовегетативных нарушений с последующим обратным развитием депрессивной симптоматики. При повторении фазовых аффективных состояний собственно гипотимическая составляющая синдрома становится более выраженной — на первый план выступают чувство витальной тоски, душевной боли, идеи малоценности, тогда как соматовегетативные расстройства отодвигаются на второй план.

Лечение

Своевременное диагностирование вегетативной депрессии имеет огромное практическое значение, однако при первичном обращении она диагностируется лишь в 0,5—4,5% наблюдений (W. Katon et al., 1982 г.), в связи с чем врач «лечит» только физические симптомы, тем более что больные критически своего состояния не расценивают и к предложению проконсультироваться у психиатра относятся крайне отрицательно. Однако, чем дольше пациент считает себя соматическим больным и чем дольше врач на этом сконцентрирован, тем больше пациент входит в роль соматического больного, для него это становится «стилем жизни». Наиболее подвержены этому пациенты с плохой адаптацией на работе, конфликтной семьей и сложностями во взаимоотношениях.

По мнению ряда авторов, наличие в клинической картине эндогенной депрессии соматовегетативных расстройств (нарушения сна, потеря аппетита) служит хорошим прогностическим фактором в плане эффективности терапии антидепрессантами. Больные

депрессиями с выраженными соматовегетативными расстройствами обладают более высокой психофармакологической лабильностью и большей чувствительностью к антидепрессантам. В связи с этим выбор терапии должен сводить к минимуму явления поведенческой токсичности (вялость, сонливость днем, торможение когнитивных функций) и возможные побочные расстройства, особенно вегетативные.

Медикаментозная терапия

Учитывая тот факт, что в указанных случаях наиболее тягостными проявлениями патологического состояния являются агрипнические нарушения, выбор препаратов для нормализации функции сна требует особого обсуждения. Медикаментозное лечение инсомнии прежде всего обеспечивается назначением антидепрессантов с седативным эффектом (амитриптилин — триптизол, тримипрамин — герфонал, доксепин — синекван, мапротилин — лудиомил, миансерин — леривон и др.) в вечернее время. Если же их прием оказывается недостаточным, для коррекции расстройств сна может быть рекомендовано использование транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепины — валиум, седуксен, реланиум, сибазон; хлордиазепоксид — либриум, элениум; бромазепам — лексотан; лоразепам — ативан, мерлит; феназепам) и препаратов той же группы с преимущественным гипнотическим действием (нитразепам — эуноктин; радедорм, реладорм, рогипнол, мидазолам — дормикум, триазолам — хальцион, флуразепам — далмадорм и др.).

Однако применение этих медикаментов может оказаться нежелательным в связи с возможностью побочных действий, усугубляющих вегетативные расстройства с ощущением телесного дискомфорта (вялость, сонливость по утрам, миорелаксация, гипотензия, атаксия). В случае плохой переносимости бензодиазепинов можно использовать некоторые антигистаминные средства (димедрол, пипольфен, супрастин), а также транквилизатор пиперазинового ряда гидроксизин (атаракс), блокатор гистаминовых рецепторов типа H1, обладающий наряду с антигистаминными свойствами высокой анксиолитической активностью. Показаны и гипнотики других химических групп. Среди таких медикаментов можно отметить производные циклопирронов — зопиклон (имован) и препараты группы имидазопиридинов — золпидем (ивадал). Последние сокращают ночные пробуждения и обеспечивают нормализацию длительности сна (до 7 — 8 ч), не вызывая слабости, вялости, астенических проявлений после пробуждения.

Выбор того или иного гипнотика должен основываться на знании преимущественного воздействия препарата на пре-, интра- или постсомнические расстройства сна. Так, для улучшения качества засыпания предпочтительно назначение имована, тогда как на глубину сна большее влияние оказывают рогипнол и радедорм. Нормализации продолжительности сна в утреннее время способствует назначение такого препарата, как реладорм.

В некоторых случаях используют нейролептики с выраженным гипнотическим эффектом: промазин (пропазин), хлорпротиксен, тиоридазин (сонапакс), алимемазин (терален). Необходимо также исключить вечерний прием психотропных средств, которые могут вызвать бессонницу (антидепрессанты со стимулирующим эффектом — ингибиторы МАО, ноотропы, стимуляторы, препятствующие засыпанию и провоцирующие частые пробуждения).

При вегетативных депрессиях, нередко сочетающихся с соматизированными и психосоматическими расстройствами, особенно показано применение эглонила, бефола и новерила, в том числе в комбинации с вегетотропными фитотранквилизаторами — новопассит, персен, боярышник.

Дополнительные методы лечения

Представляют интерес и некоторые нефармакологические методики, действующие

на депрессивный радикал и сопутствующие диссомнические расстройства, — депривация сна и фототерапия. Депривация (лишение) сна — метод тем более эффективный, чем грубее выражены депрессивные расстройства. Некоторые авторы считают, что эта методика сопоставима по эффективности с электросудорожной терапией. Депривация сна может быть самостоятельным методом лечения больных с последующим переходом к антидепрессантам. По-видимому, она должна применяться у всех больных, резистентных к фармакотерапии, для повышения возможностей последней.

Уже давно выявлена определенная цикличность эпизодов дистимии осенью и зимой, чередующаяся с эутимией и гипоманией поздней весной и летом. Осенью появляются повышенная чувствительность к холоду, утомляемость, снижение работоспособности и настроения, предпочтение сладкой пищи (шоколад, конфеты, торты), увеличение массы тела, а также нарушения сна. Сон удлиняется в среднем на 1,5 ч по сравнению с летом, беспокоит сонливость утром и днем, плохое качество ночного сна. Ведущим методом лечения таких больных стала фототерапия (лечение ярким белым светом), превышающая по своей эффективности практически все антидепрессанты.

Астения

Еще в 1899 г. Я. Анфимов описал циклически, спонтанно, вне связи с неблагоприятными внешними факторами повторяющиеся астенические расстройства как периодическую леность и усталость у студентов. А в 1926 г. ныне забытый французский психиатр R. Benon классифицировал те же симптомы как периодическую астению.

Клиническая картина

Астения — одно из симптомообразующих проявлений депрессии. В ряде случаев астения выступает в качестве продрома аффективных расстройств. Картина развернутой астенической депрессии включает в себя повышенную истощаемость, снижение активности, слабодушие, слезливость, жалобы на физическое бессилие, утрату энергии, «изношенность»; любая деятельность сопряжена с необходимостью преодоления немощи и не приносит удовлетворения. Чувство усталости возникает даже при незначительном усилии. У больных с легкой депрессией функционирование может быть сохранено, но сопровождается повышенной истощаемостью. Изменения самоощущения часто имеют характерный для депрессии циркадный (суточный) ритм с большей выраженностью угнетенности, усталости, тягостного самоощущения в утренние часы (сразу после ночного сна).

Особенностью депрессивной утомляемости, отличающей ее от обычной усталости и даже от так называемого синдрома хронической усталости, является особое чувство мышечной вялости, нарушение общего чувства тела. Депрессивная астения отличается стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой. При более выраженных депрессиях пациенты жалуются, что даже обычные утренние процедуры (умывание, причесывание, одевание) изнуряют их и занимают значительно больше времени, чем обычно. У больных заметно сужается сфера деятельности, из повседневных обязанностей они выполняют лишь самые необходимые. На остальное же (сюда относится прежде всего работа, требующая умственного напряжения) не хватает сил. Обращает на себя внимание снижение интеллектуальных возможностей, ослабление памяти, трудности использования оперативной памяти, снижение возможностей принятия решения. Больные обычно продолжают свою привычную деятельность, но затрачивают на это гораздо больше энергии и усилий.

Могут отмечаться признаки раздражительной слабости и астенической гиперестезии — повышенной чувствительности к сенсорным стимулам с непереносимостью внешних раздражителей (громких звуков, яркого света и т. д.),

несоразмерность ощущений, сопровождающих физиологические процессы. Собственно аффективные проявления ограниченны; тоска, тревога, идеи малоценности и виновности не характерны. Преобладает пессимизм с чувством бесперспективности, подавленностью, безразличием.

Чем глубже депрессия, тем выраженнее ее так называемые витальные компоненты: ощущение сковывающей тяжести в груди, «предсердечная тоска», сухость во рту, сухой и обложенный язык, жажда, отсутствие аппетита, запор, снижение массы тела, двигательная заторможенность, гипомимия, монотонная речь, замедленность ассоциативных процессов, раннее пробуждение утром, ослабление реакций на внешние события, сниженное либидо.

Лечение

Лечение депрессивных расстройств должно проводиться только квалифицированным врачом. Для того чтобы назначить правильное лечение, врач должен поставить диагноз, т. е., по сути дела, убедиться в наличии заболевания и оценить роль различных факторов в возникновении депрессии. Для лечения используют фармакологические препараты, биологически активные вещества, психотерапевтические воздействия.

Выбор лекарственных препаратов при лечении соматизированных расстройств, выступающих в рамках астенического круга, неоднозначен. При расстройствах астенического генеза показаны общеукрепляющие средства, ноотропные препараты и транквилизаторы, дополняемые антидепрессантами. Особенно показаны антидепрессанты с седативным эффектом (триптизол, амитриптилин, герфонал), транквилизаторы (преимущественно бензодиазепинового ряда), малые дозы «поведенческих» нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен, эглонил). Все это можно комбинировать с лечением лекарственными травами, которым некоторые больные доверяют больше, чем таблеткам. Показаны фитоантидепрессанты, прежде всего зверобой, и фитотранквилизаторы — пустырник, валериана, мята, фенхель, хмель и др.

При трансформации соматизированной астении в анергию все большее место следует отводить малым дозам нейролептиков (эглонил, френолон, стелазин, мажептил), оказывающих энергизирующее действие, иногда комбинируя их со стимуляторами типа цефедрина, сиднокарба, тирозола и др. Особенностью действия эглонила является то, что он вызывает у больных ощущение «хорошо работающего» здорового организма, что обусловлено его соматорегулирующим, вегетостабилизирующим действием. Последние с успехом могут быть заменены появившимися препаратами типа магне В-6, глицина, модиодала.

Важное значение имеет симптоматическое применение при вазовегетативных расстройствах фитопрепаратов боярышника, барвинка малого, черноплодной рябины, калины красной; при желудочно-кишечных дисфункциях — ромашки аптечной или пахучей, мяты, мелиссы, чабреца; при бронхиальных спазмах — алтея, мать-и-мачехи, душицы, шалфея, коровяка; при склонности к спонтанным колебаниям настроения — фитотранквилизаторов, трав, накапливающих соли лития (сабельник болотный или алоэ древовидное). Депрессивные соматизированные расстройства в принципе лечатся хорошо. Но здесь необходимы и адекватная психотерапия (нельзя назойливо спорить с больным, безапелляционно доказывая отсутствие у него реальной патологии, иначе он утратит доверие к врачу и продолжит обследование у других специалистов), и грамотное ведение с помощью современных психотропных средств. Однако в случае подозрения на соматизированную депрессию все же лучше показать больного психотерапевту, психоневрологу или психиатру. Такая консультация совершенно необходима, когда депрессия приобретает характер психотической, т. е. когда появляются витальные компоненты депрессии, суицидальные намерения, резко усиливаются собственно депрессивные признаки, появляется болезненная психическая бесчувственность, чреватая

меланхолическим взрывом с упорными суицидальными попытками.

Болевой синдром

Специального внимания заслуживает категория хронических болевых синдромов — как в связи с их частой встречаемостью в практике различных специалистов, так и в силу недостаточной определенности их положения в клинической нозографии. Псевдосоматический болевой характер страдания и оправданная необходимость исключения органической, соматической основы заболевания создает существенные трудности для своевременного решения диагностических проблем и назначения адекватной терапии. Известно, что определяющая роль в формировании болевого симптомокомплекса принадлежит аффективным (депрессивным и тревожным) нарушениям. Вместе с тем дополнительными патогенными факторами могут служить соматически и органически измененная «почва», обусловленный спецификой профессиональной деятельности «мышечный стресс», особые неблагоприятные обстоятельства.

Клиническая картина

Алгопатия — болевое расстройство. Термин предложен A. Violin (1987 г.) для отграничения физиологически и соматически обусловленной боли от «психической». Синонимы: овладевающие ощущения, психалгия, идиопатическая боль. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии встречается у 50% больных с данной патологией и может локализоваться в любой части тела. Чаще всего врачу приходится сталкиваться с цефалгиями (головные боли), болями в спине, кардиалгиями, абдоминалгиями (боли в животе), фибромиалгиями и др.

Первичная фибромиалгия определяется как диффузная боль в туловище, преимущественно аксиальных отделов, скованность и слабость (усталость) в течение более чем трех последних месяцев, сочетающиеся со множеством болезненных точек в специфических областях, обнаруживаемых при осмотре. Согласно критериям Американской коллегии ревматологов, принятым в 1990 году, пальпаторная болезненность должна определяться в 11 из 18 точек:

- в области затылка в месте прикрепления субокципитальной мышцы;
- в области шеи возле С5-С7;
- посередине верхней границы трапециевидной мышцы;
- над лопаткой, около медиальной границы m. Supraspinatus;
- у второго костно-хондрального реберного сочленения;
- на 2 см дистальнее латерального эпикон-дилуса;
- в верхнем наружном квадранте ягодиц;
- кзади от трохантера;
- в области коленей, несколько проксимальнее сустава, в середине мягкой жировой складки.

Характерно, что диагноз фибромиалгии в нашей стране практически не встречается (или лучше сказать, до настоящего времени не встречался), тогда как за рубежом (США, Западная Европа) он составляет до 15% случаев в ревматологической практике и 5—6% — в общеврачебной. Помимо мышечно-скелетных болей, проблемой является частая ассоциация с синдромом раздраженной кишки (до 50%), интенсивными головными болями, парестезиями, ощущением (не подтверждаемым при осмотре) припухания кистей. Головные боли часто начинаются с шейного дискомфорта. На одно из первых мест нередко выступают слабость, усталость и невосстанавливающий, неосвежающий сон.

Характерно отсутствие каких-либо лабораторных и рентгенологических изменений (впрочем, при желании всегда можно найти признаки остеохондроза), никаких

гистологических изменений в болевых точках в сравнении с контролем биопсия не выявила. Лишь один тест можно считать на сегодня доказанным — это снижение уровня серотонина в крови. Этот факт представляет большой интерес, поскольку серотонин является важнейшим нейротрансмиттером в мозговых центрах, ответственных за боль, сон и настроение. Поэтому на сегодняшний день природа фибромиалгии (органическая, неорганическая, первична боль, либо первичная депрессия, либо первичные расстройства сна) остается неясной, хотя она и признается как бы самостоятельным заболеванием. Если посмотреть на феномен фибромиалгии с психосоматических позиций, то можно увидеть логику в отнесении ее к одному из вариантов соматизированной депрессии. Ведь налицо сочетание алгий с другими соматовегетативными нарушениями, расстройствами сна и эффективностью (по крайней мере, по сравнению с другими средствами) антидепрессантов.

Виды патологических ощущений

Выделяют несколько разновидностей патологических ощущений:

- парестезии — ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек и т. п., не обусловленные внешним раздражителем;
- психалгии (идиопатические алгии), обусловленные не каким-то конкретным поражением, а являющиеся следствием физиологического повышения болевого порога. Это обычные боли без реальных оснований, нередко множественные;
- сенестоалгии, отличающиеся более причудливым и своеобразным характером. Например, головные боли здесь уже жгучие, стреляющие, пронизывающие, колющие, иногда распирающие. Необычный характер болей обращает на себя внимание больного, что находит отражение в его жалобах;
- сенестопатии — тоже возникающие спонтанно и крайне тягостные ощущения, не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям. Для сенестопатий характерны новизна и разнообразие ощущений; больные затрудняются точно описать их (как будто стягивание, жжение, переливание и т. п.);
- сенестезии — ощущения неясного тотального физического неблагополучия или недомогания со своеобразными, с трудом поддающимися описанию нарушениями моторной сферы (неожиданная физическая слабость, покачивание и неуверенность при ходьбе, тяжесть или, наоборот, легкость и пустота в теле).

Диагностические признаки алгопатий

Общими признаками алгопатий, по А. Б. Смулевичу и соавт. (1992 г.), являются:

- длительность алгопатических состояний (не менее 6 месяцев);
- отсутствие подтверждаемой в результате специальных обследований соматической патологии, могущей обусловить возникновение болей;
- выраженность жалоб на боли и связанное с ними снижение адаптации значительно превышают в случаях сопутствующей соматической патологии ожидаемые последствия соматических симптомов.

Дополнительными общими признаками алгопатий являются:

- отсутствие симптомов эндогенного заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) и органического поражения ЦНС;
- сопоставимость с наблюдаемыми при соматической патологии болевыми ощущениями.

Для идиопатических болей, в отличие от психогенных, характерны локальность и четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям, а также незначительная выраженность или отсутствие невротических расстройств, в частности конверсионной (истерической) симптоматики. Идиопатическим алгиям свойственны спонтанность манифестации, мономорфность, стабильность и локальность

болевых ощущений.

Лечение

Боль нередко бывает первым проявлением соматического заболевания на ранних этапах, когда его еще невозможно обнаружить какими-либо объективными методами исследования. При лечении хронической боли следует пытаться устранить любые выявленные в данном случае соматические причины. При устойчивых головных болях (даже в случаях, когда психопатологическая симптоматика отсутствует) часто дает положительный эффект терапия антидепрессантами, психотерапия или поведенческие методы. Сегодня известно, что и депрессия, и хроническая боль (независимо от того, в каких отношениях они находятся в конкретной ситуации) имеют один общий механизм — дефект серотониновой медиации.

Какие бы ни были предложены методы лечения алгии, они все уступают по эффективности терапии антидепрессантами. Здесь необходимо отдать предпочтение селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин). Они бесспорно имеют ряд преимуществ: удобство применения, обычно один раз в сутки; практически отсутствуют серьезные побочные эффекты. Нет сонливости, можно работать, водить машину. Они особенно эффективны при легких и умеренных депрессиях, каких огромное количество в соматике. Следует помнить, что проявления клинического эффекта наступают через 2—3 недели (впрочем, как и при назначении любых других антидепрессантов), что требует выдержки и серьезной работы с больными.

Профлузак выпускается в капсулах, содержащих 20 мг флуоксетина, и назначается обычно в суточной дозе, составляющей 1 капсулу в сутки для большинства терапевтических больных. Тианептин (коаксил) — индуктор обратного захвата серотонина — обладает противотревожным и активирующим эффектом. Антидепрессивный эффект тианептина заключается в следующем: не исключается, что ускоренный захват серотонина в пресинаптический нейрон ведет к тому, что он не успевает разрушаться митохондриальной моноаминоксидазой и вновь в большом количестве поступает в везикулы; таким образом, кругооборот серотонина через синаптическую щель интенсифицируется. Коаксил рекомендуется к широкому использованию именно в терапевтической практике, принимают его обычно 3 раза в сутки.

Психотерапия является важным элементом лечения заболеваний депрессивного спектра и позволяет не только преодолеть текущее расстройство, но и повысить устойчивость к депрессии в будущем. Современная психотерапия включает в себя около 700 методов, наиболее известными из которых являются гипносуггестивная терапия, психоанализ, групповая психотерапия и некоторые другие. Психотерапия проводится только врачом, имеющим соответствующую подготовку. При назначении психотерапии оцениваются показания и противопоказания, что делает лечение безопасным. Успех лечения зависит от степени сотрудничества пациента с психотерапевтом и точного выполнения врачебных рекомендаций.

Для снятия акропарестезий, особенно возникающих в ночное время и нарушающих нормальный сон, можно рекомендовать компламин (по 0,15 г 3 раза в день), никотиновую кислоту в таблетках (по 0,05 г 2 раза в день) или инъекциях (1 мл 1%-ного раствора внутривенно с глюкозой), физиотерапию и иглоукалывание. Вместе с тем, как указывал M. Balint (1957 г.), значительное число пациентов общей практики ищут сочувствия и взаимопонимания, а не освобождения от физикальных симптомов.

Ипохондрия

Клиническая картина

Депрессия ипохондрическая — депрессия, в структуре которой ведущее место принадлежит своеобразным соматическим ощущениям с опасениями за состояние своего здоровья, связанными с переживаниями отчуждения, которые касаются нормальных телесных ощущений и представлений. Некоторые авторы рассматривают депрессию ипохондрическую в рамках соматизированной депрессии, однако эти расстройства имеют тенденцию к хронифицированию. Неприятные ощущения (боли, горение, покалывание, сверление, давление и т. п.) не имеют четкой локализации; больные затрудняются в их точном определении. По K. Leonhard (1957 г.), речь идет о неприятных ощущениях, которых нет у нормальных людей. При депрессии ипохондрической сердечные сенсации никогда не остаются изолированными, а всегда сопровождаются неприятными ощущениями в теле. Больные с депрессией ипохондрической часто жалуются на беспокойство, громко сетуют и рассказывают о своих жалобах. У одних больных дело ограничивается уровнем болезненных сенсаций, другие же начинают опасаться конкретных тяжелых заболеваний (рак, туберкулез, СПИД и др.).

Психопатологические симптомы ипохондрии

Содержательный комплекс такой депрессии включает в себя пессимистическое восприятие (опасения) реальной или предполагаемой соматической патологии и гипертрофированную оценку ее последствий.

Доминируют представления об опасности (обычно преувеличенной) нарушений деятельности внутренних органов, которыми проявляется болезненный процесс, о его неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях, бесперспективности лечения.

Сам термин «ипохондрия» греческого происхождения — так называется область под хрящевыми (ложными) ребрами. Древнеримский врач Гален, давший болезни это название, связывал страдание с расстройствами в указанной области подреберья.

При ипохондрии речь идет не просто о тревожной мнительности как таковой, а о соответствующей психической, интеллектуализированной переработке тех или иных болезненных ощущений со стороны соматической сферы. Нередко дело заканчивается конструированием концепции определенного заболевания с последующей борьбой за его признание и лечение. Психопатологический характер ипохондрии подтверждается тем, что при сочетании ее с реальным соматическим заболеванием больной не обращает на последнее и доли того внимания, которое уделяет мнимому расстройству.

Ипохондрический вариант соматизированной депрессии чаще развивается в зрелом и пожилом возрасте, одинаково часто у мужчин и женщин.

Гипотимия сочетается с тревожными опасениями, ипохондрическими фобиями. На первом плане стоит страх возникновения или обострения опухолевого процесса или другого тяжелого заболевания, страх смерти от внезапного сердечного приступа, нередко сопровождающийся паническими атаками, страх оказаться в ситуации, исключающей возможность медицинской помощи, агорафобия, а также явления обостренного самонаблюдения с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. При этом даже отдельные алгии или вегетативные дисфункции могут восприниматься как признак развивающихся метастазов, как соматическая катастрофа и сопровождаются дурными предчувствиями. Эти опасения сопровождаются иногда самообвинением. В таких случаях резко возрастает опасность суицида, причем больные могут нанести себе ранения в те области тела, где неприятные ощущения особенно велики (К. Зайдель и соавт., 1988 г.).

Соматические симптомы ипохондрии

Среди соматовегетативных проявлений преобладают нарушения сна (в особенности его непрерывности — «разорванный» сон во второй половине ночи с ранним

пробуждением), а также расстройства аппетита и нарушения вазомоторики, сопровождающиеся обильными соматопсихическими жалобами (чувство тяжести и стеснения в груди, озноб, давление и пульсация в различных частях тела).

Больные при варианте ипохондрической депрессии в легких случаях ощущают чуждость и неправильность в ощущениях, в которые нельзя вчувствоваться, в тяжелых (при чрезвычайно мучительных состояниях) отчуждения еще более глубоки: кажутся измененными представления (не могут правильно представить ни обстановку своей комнаты, ни лица человека, которого они только что видели), собственное тело кажется мертвым, отмершим. Однако и в этих случаях больные кажутся скорее жалующимися, чем глубоко депрессивными.

Степень предъявления жалоб очень сильно зависит от особенностей личностного склада, но заторможенность всегда отсутствует. Ипохондрическое поведение и его последствия могут быть достаточно выраженными, но, однако, не делают больных нетрудоспособными, не мешают межличностным взаимоотношениям, особенно связанным с профессией, обременяют чрезмерной зависимостью и регрессивными тенденциями, но они не характеризуется утратой надежды и враждебностью.

Ипохондрические расстройства могут быть связаны как с соматизированной депрессией, так и с личностными особенностями.

Лечение

Ведущим методом лечения депрессий в поликлиниках и больницах общемедицинской сети является психофармакотерапия. Наряду с медикаментами можно использовать и психотерапию с элементами психокоррекции. Проводимая совместно с лекарственным лечением психотерапия преимущественно симптоматическая, она помогает снизить тревожность, отвлечь внимание от ипохондрических опасений. Однако основное место в арсенале лечебных воздействий принадлежит антидепрессантам. Антидепрессанты (как и другие психотропные средства) подразделяются на препараты, предпочитаемые в общемедицинской и специализированной психиатрической сети.

К препаратам первого ряда относятся современные антидепрессанты, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью. В эту группу включаются препараты различной химической структуры, разработанные с учетом современных представлений о патогенезе депрессивных расстройств. К их числу относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), циталопрам (ципрамил), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС) — тианептин (коаксил), некоторые представители норадренергических антидепрессантов — миансерин (леривон), обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А) — пирлиндол (пиразидол), моклобемид (аурорикс), а также производное аденозил-метионина — адеметионин (гептрал).

К числу свойств, обеспечивающих антидепрессантам первого ряда успешное применение в общемедицинской практике, наряду с достаточно выраженным тимоаналептическим эффектом относится, прежде всего, отсутствие тяжелых побочных эффектов, ухудшающих соматическое состояние или угрожающих жизни больного, а также ограниченный спектр сопровождающих терапию нежелательных явлений. Препараты первого ряда не оказывают существенного влияния на соматическое и неврологическое состояние, не нарушают существенным образом деятельность внутренних органов и систем организма.

Важным с точки зрения использования в общемедицинской практике качеством антидепрессантов первого ряда является также минимум терапевтически значимых нежелательных взаимодействий с соматотропными веществами.

Антидепрессанты первого ряда безопасны для пациентов с сердечно-сосудистой

патологией (ИБС, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, миокардиты, приобретенные пороки сердца и др.), с легочными заболеваниями (острый и хронический бронхит, пневмонии), с заболеваниями крови (анемии различного генеза), их можно применять при мочекаменной болезни, гломерулонефритах, в том числе осложненных почечной недостаточностью, сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, глаукоме, аденоме предстательной железы, а также у физически ослабленных лиц и лиц пожилого возраста.

Существенным преимуществом антидепрессантов первого ряда является и отсутствие (или минимальная выраженность) таких значимых для соматического состояния, качества жизни и самооценки больных соматизированными депрессиями побочных эффектов, как увеличение массы тела.

Отчетливые преимущества в плане минимизации риска тератогенных эффектов обнаруживаются при применении антидепрессантов первого ряда в период беременности.

К антидепрессантам второго ряда относятся ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) — ипрониазид, ниаламид, фенелзин, тимоаналептики трициклической структуры (ТЦА) — амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), доксепин (синекван), а также отдельные представители СИОЗН — мапротилин (лудиомил). Препараты этого ряда обладают высокой психотропной активностью. ТЦА можно рассматривать как наиболее хорошо исследованные и надежные средства терапии тяжелых депрессий и аффективных расстройств средней тяжести. Вместе с тем использование этих средств у больных общемедицинской сети сопряжено с рядом затруднений. Среди них — выраженность побочных эффектов, высокий риск нежелательного взаимодействия с соматотропными средствами (бета-блокаторы, блокаторы гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, антиаритмические средства, антикоагулянты, производные метилксантена), а также тератогенного эффекта.

Антидепрессанты первого ряда применяются при широком круге аффективных расстройств, наблюдающихся в общемедицинской практике. Препараты этого ряда обладают избирательной психотропной активностью, обеспечивающей им предпочтительное воздействие на проявления позитивной и негативной аффективности.

При депрессиях с преобладанием явлений позитивной аффективности (тоска, тревога, соматизированные расстройства) наилучшие результаты дают пиразидол, тианептин (коаксил). Эти препараты с успехом используют при рекуррентных, ипохондрических, дистимических, тревожных депрессиях.

Пиразидол — оригинальный отечественный препарат тетрациклической структуры, показан при вегетативных, соматизированных депрессиях, при гипотимических состояниях с преобладанием тревожных и фобических расстройств. Применение препарата в суточных дозах (100—200 мг), как правило, не сопровождается побочными эффектами.

Все более широкое применение среди указанных средств находит тианептин (коаксил) — антидепрессант новой генерации, по химической структуре относящийся к атипичным трициклическим тимоаналептикам. Основной механизм действия препарата уникален: в отличие от большинства антидепрессантов, тианептин не блокирует, а, напротив, стимулирует обратный захват серотонина. Показано, что тианептин увеличивает количество и длину апикальных дендритов пирамидальных клеток гиппокампа, а также понижает реактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы в ответ на стресс. Предполагается, что такой механизм лежит в основе быстро начинающегося антидепрессивного эффекта, оригинального противотревожного и антистрессового действия. В отличие от традиционных ТЦА, тианептин обладает селективностью: не оказывает клинически значимого влияния на рецепторы альфа- и бета-адренергические, допаминовые, серотониновые, глютаминовые, бензодиазепиновые, мускариновые, гистаминовые, кальциевые каналы, что обеспечивает особенно благоприятную переносимость и безопасность препарата. Тианептин назначается в

средних дозах 37,5—50 мг в сутки.

Установлено, что препарат обладает широким спектром клинической активности (сочетание антидепрессивного, противотревожного (анксиолитического) и рединамизирующего действия). Тианептин может применяться при сочетании аффективных расстройств с тяжелыми соматическими заболеваниями.

По выраженности антидепрессивного действия при легких и умеренных депрессиях, которые преимущественно встречаются в общемедицинской практике, тианептин не уступает эталонным антидепрессантам. Эффективность тианептина при депрессивных состояниях с выраженными соматовегетативными, астеническими, алгическими расстройствами превышает 70%.

Одновременно проявляется характерная особенность действия тианептина — противотревожный эффект, отличающийся от анксиолитических свойств стандартных ТЦА. Если при использовании ТЦА купирование депрессивной симптоматики сопровождается выраженными явлениями поведенческой токсичности (сонливость, психическая и двигательная заторможенность, нарушения внимания и др.), то терапия тианептином приводит к редукции расстройств без побочных эффектов, а ее результаты клинически сопоставимы с действием транквилизаторов. При этом тианептин оказывает отчетливое нормализующее воздействие при свойственном депрессиям интеллектуальном торможении (нарушения внимания, памяти и мышления) без признаков стимулирующего действия — повышения моторной активности или ощущения нервозности, взбудораженности и нарушений сна.

Тианептин безопасен при терапии депрессий у больных с сердечно-сосудистой патологией; препарат практически не влияет на артериальное давление, число сердечных сокращений, не вызывает клинически значимой ортостатической гипотензии, не изменяет уровня сахара в крови, гематологических показателей.

Тианептин эффективен и безопасен при депрессиях пожилого возраста и, в частности, у женщин в период менопаузы. Положительные результаты, проявляющиеся прежде всего редукцией гипотимии и улучшением когнитивных функций, наблюдаются при сочетании аффективных, астенических и соматовегетативных расстройств.

В случаях доминирования в клинической картине депрессии негативной аффективности (анергические расстройства, утрата жизненного тонуса и психической активности, невозможность концентрации внимания, обедненность воображения) показаны серотонинергические антидепрессанты (СИОЗС), тормозящие обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона. Представители группы СИОЗС флуоксетин (прозак, продеп, портал) и циталопрам являются препаратами выбора при апатической и анергической депрессии. Показания к применению циталопрама расширяются за счет аффективных расстройств пожилого возраста, в том числе сосудистых, постинсультных депрессий с преобладанием астении, растерянностью, насильственным плачем. Флуоксетин и циталопрам назначают в суточных дозах 20—40 мг. У лиц пожилого возраста эффективными могут оказаться вдвое меньшие суточные дозы.

Положительный эффект при лечении аффективных расстройств с преобладанием апатии, заторможенности и анергии наблюдается и при применении селективных ИМАО. В частности, это селективный обратимый ингибитор изоэнзима А (ОИМАО-А) моклобемид (аурорикс), отличающийся от традиционных ИМАО меньшей токсичностью. Клиническое действие препарата в дозе 300 мг в сутки обнаруживается на протяжении первых недель лечения. Наряду с характерным для ИМАО влиянием на негативную аффективность моклобемид эффективен при затяжных тревожно-соматизированных депрессиях.

Эти препараты оказывают быстрое лечебное воздействие как при депрессиях, сопровождающихся беспокойством и нарушениями сна, так и при депрессиях с преобладанием двигательного торможения, явлениями ангедонии и психической

анестезии.

При выборе препаратов для лечения легких депрессий, протекающих на субсиндромальном гипотимическом уровне (стертые, маскированные, соматизированные, вегетативные депрессии), учитывается не интенсивность тимоаналептического действия (как при тяжелых депрессиях) и не избирательность по отношению к отдельным структурам патологического аффекта (как при депрессиях средней тяжести), а индивидуальная чувствительность к тому или иному антидепрессанту. Большое значение придается также минимальной выраженности поведенческой токсичности и побочных эффектов. Для терапии субсиндромальных, психопатологически недифференцированных депрессий можно считать адекватными антидепрессанты различной структуры, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью (тианептин, пиразидол, сертралин, флувоксамин, пароксетин, миансерин и др.).

Миансерин (леривон) по спектру психотропной активности относится к «малым» антидепрессантам. Благодаря мягкому тимоаналептическому эффекту и удобству дозирования (назначается 1 раз в сутки, чаще перед сном, в дозах 15—60 мг) может применяться в амбулаторной практике (маскированные, соматизированные депрессии). Препарат не влияет на артериальное давление, частоту сердечных сокращений, в период терапии не отмечается значимых нежелательных взаимодействий с широким кругом соматотропных средств.

Маски соматизированной депрессии

Проблема соматизированных депрессий в современной медицине

Врачи общей практики, к которым в первую очередь попадают больные со стертыми аффективными расстройствами, нередко считают, что депрессия должна быть «нормальной», т. е. типичной. В связи с этим не учитывается множество «масок», которые принимают аффективные расстройства. То, что большинство депрессивных состояний не распознается, не удивительно, поскольку пациенты обращаются к терапевту **с** жалобами на соматические симптомы. Как подчеркивалось выше, при соматизированных депрессиях обнаруживается разрыв между полиморфизмом соматоформных проявлений и потребностью в медицинской помощи, с одной стороны, и отсутствием объективно выявляемых признаков соматического заболевания — с другой.

Причины поздней диагностики депрессий

Международный комитет по профилактике и лечению депрессий в образовательной программе по депрессивным расстройствам указывает на следующие причины, вызывающие трудности их распознавания.

Стигма

Это значит, что диагностика депрессии у пациента означает навешивание ярлыка психически больного. Таким образом, создается угроза социальной стигматизации этих людей, приводящая к отказу этих лиц от психиатрической помощи. Определенную роль играет и личность пациента. Больные соматизированной депрессией акцентируют внимание на соматических жалобах и, не осознавая психической болезни, не придают адекватного значения изменениям в аффективной сфере. В этом плане в качестве факторов риска гипонозогнозии выступают пожилой возраст, мужской пол, низкий культурный уровень.

Маскированная депрессия

В общетерапевтической практике более чем у половины больных депрессия

выражается через соматические симптомы. В качестве одной из причин гиподиагностики нельзя игнорировать особенности клинической картины депрессий: преобладание соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита. Аффективные расстройства сами по себе (подавленное, тоскливое настроение) могут полностью «маскироваться» выступающими на первый план соматическими нарушениями. Концепция маскированной депрессии и в настоящее время сохраняет свою актуальность и развивается в многочисленных исследованиях.

Коморбидные соматические заболевания

Может быть сочетание с тяжелым соматическим заболеванием, например с системной красной волчанкой или прогрессирующим ревматоидным артритом. И врач, и больной считают имеющуюся депрессию естественной реакцией на серьезную соматическую болезнь. Однако это не исключает ни наличия коморбидного депрессивного расстройства, ни возможности его целенаправленного лечения.

Молчаливое соглашение

Последнее существует между врачом и пациентом, обоюдно не желающими затрагивать «неудобные» душевные и социальные проблемы. Психические нарушения недооцениваются зачастую и в тех случаях, когда депрессивная симптоматика может быть истолкована как «психологически понятная» (например, при депрессиях, расцениваемых как «житейская» реакция, при обследовании лиц пожилого возраста, у которых депрессивные расстройства могут интерпретироваться как признак «естественной» усталости от жизни). Гораздо проще говорить о соматических симптомах.

Временные ограничения

Боязнь врачей слишком большой траты времени на проблемы, казалось бы, выходящие из сферы их узко профессиональной деятельности.

Неадекватное медицинское образование

До настоящего времени у нас, к сожалению, имеется крен в сторону биологизации, а не психологизации обучения. Как следствие гиподиагностики, обусловленной одной из перечисленных причин или их сочетанием, только 1 из 10 пациентов получает необходимую специализированную помощь. Большинство подвергается ряду недостаточно обоснованных обследований, а лечение становится неадекватным и неэффективным. По этим причинам социальные затраты на больных депрессией возрастают. Несвоевременное распознавание соматизированной депрессии не только приводит к возникновению тягостных психологических проблем, но и существенно влияет на важные социальные и экономические аспекты жизни пациента и его семьи.

Создавшееся положение во многом обусловлено недостаточностью знаний об основах диагностической квалификации, клиники и терапии депрессивных состояний.

Наряду с дефицитом знаний существует ряд факторов, усложняющих выявление и клиническую дифференциацию депрессивных состояний, а также выбор лечения, адекватного наблюдаемому расстройству. Достаточно выделить общие связи аффективных расстройств как с психической, так и с соматической патологией, устойчивость части этих расстройств к терапии.

Маскированные депрессии обозначаются также как «скрытые», «соматизированные», «ларвированные» или «алекситимические депрессии». Как вытекает из последнего определения, в ряде случаев пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства.

Клиническая картина

Алекситимия — нарушение в аффективной и когнитивной сферах, проявляющееся трудностью в обозначении и описании эмоций, общим ограничением собственной аффективной жизни и фантазий.

Термин предложен P. Sifneos (1972, 1973 гг.), предполагавшим, что алекситимический негативный стиль (отчетливо сниженное или отсутствующее символическое мышление, необнаруживаемые побуждения) специфичен для пациентов с классическими психосоматическими заболеваниями. В то время как невротические пациенты жалуются на психологические трудности и эмоциональные симптомы, алекситимики жалуются на соматические жалобы, порой не связанные с какими-либо физическими (соматическими) болезнями, у них имеющимися. Алекситимики обнаруживают выраженные затруднения в оценке и описании своих собственных чувств, а также способности отличать эмоциональные состояния от телесных сенсаций. Иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают (предполагая некомпетентность врача) на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля.

В числе клинических признаков алекситимии отмечается бесконечное описание физических симптомов, временами не связанных с сопутствующими заболеваниями. Имеют место жалобы на напряжение, раздражительность, фрустрацию, боль, скуку, пустоту, непоседливость, ажитацию, нервозность. Отмечается выраженное отсутствие фантазий и сложное описание тривиальных действий окружающих. Характерны выраженные трудности в подборе соответствующих слов для описания чувств; бывают слезы, временами обильные, но кажущиеся не связанными с соответствующими чувствами (печаль, злость). Сновидения бывают редко; аффект обычно несоответствующий, неадекватный.

Тенденция к действию импульсивна; действие кажется доминирующим способом в жизни. Интерперсональные связи обычно бедны, с тенденцией к выраженной зависимости или предпочтением одиночества, избеганием людей. Личностный склад нарциссический, ретирующийся, пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый, психопатический. Моторика ригидна; интервьюер или терапевт обычно находят пациента скучным и ужасно «тупым». Связи с социальным, образовательным, экономическим и культурным фоном отсутствуют. Причина алекситимии до настоящего времени неизвестна.

Варианты депрессий

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще бывают изолированными, выделяют и варианты маскированных депрессий (по А. Б. Смулевичу):

I. «Маски» в форме психопатологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия);
- обсессивно-компульсивные (навязчивости);
- ипохондрические;
- неврастенические.

II. «Маски» в форме нарушения биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

III. «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов;
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

IV. «Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);
- спондилоалгии.

V. «Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

Как указывалось ранее, депрессии, принимающие соматические «маски», чаще встречаются в общемедицинской сети. По данным S. Lesse (1980), от 1/3 до 2/3 всех пациентов, наблюдающихся у врачей широкого профиля и узких специалистов, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой.

Среди психопатологических «масок» чаще всего отмечаются обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства (социофобии, страх невыполнения привычных действий, тревожные сомнения, панические атаки), а также истерические симптомокомплексы.

Часто отмечаются и функциональные органные или системные расстройства — психосоматическая ажитация или ретардация.

Вегетосоматические нарушения при депрессиях

Вегетативные нарушения в клинике скрытых депрессий могут проявляться в виде вегетососудистой дистонии и кризов. При дистонии вегетативные расстройства бывают в виде резкой симпатикотонии (учащение пульса, повышение артериального давления, сухость во рту, зябкость конечностей, белый дермографизм и др.) либо ваготонии (замедление пульса, понижение артериального давления, повышенная саливация, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, красный дермографизм). Иногда явления симпатикотонии и ваготонии сочетаются. На фоне дистонии могут наблюдаться вегетативные кризы, обычно связанные с эмоциональным состоянием: симпатико-адреналовые, вагоинсулярные и смешанные.

Первые выражаются в учащении пульса, болях и неприятных ощущениях в области сердца, повышении артериального давления, бледности кожных покровов, онемении и похолодании конечностей, нередко ознобе. Вторые — в ощущении замирания или перебоев в области сердца, чувстве нехватки воздуха, удушье, неприятных ощущениях в эпигастральной области, усилении перистальтики. При этом отмечается гиперемия кожных покровов, ощущение жара, потливость, полиурия. Кризы обычно сопровождаются состоянием тревоги или страха. Длительность кризов — от нескольких минут до нескольких часов.

Псевдокардиологические симптомы

К кардиологу такие больные попадают чаще всего в связи с жалобами на боли и неприятные ощущения в грудной клетке (тяжесть и сдавление в груди), нередко ошибочно принимаемые за признак стенокардии, на своеобразные (с чувством тяжести, сжимания или жжения), не снимаемые органическими нитратами (нитроглицерин и др.) боли в области сердца, иногда сопровождающиеся сердцебиением. В некоторых случаях

появляются острые, похожие на ревматические приступы боли в суставах.

Диспептические симптомы

Нередко в клинической картине ярко проявляются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Больные обращаются с жалобами на боли в области живота, ощущение тяжести под ложечкой, на снижение вкусовых ощущений, потерю аппетита, а в некоторых случаях — на полное отвращение к пище. Они чаще обследуются у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни, гастрита, болезни печени.

Кожные симптомы

При экземе наблюдаются функциональные нарушения в деятельности нервной и эндокринной систем. Возможно понижение болевой и температурной чувствительности по истерическому типу. Экзема может начаться и рецидивировать как следствие тяжелых нервно-психических травм, длительных волнений. Возникают невротические состояния, выражающиеся в нарушении сна вплоть до полной бессонницы, повышенной раздражительности и угнетенного состояния. Отмечается подверженность кожных изменений гипнотическому воздействию. При лечении экзем показано применение электросна, гипносуггестии и невысоких доз кортикостероидных препаратов. В случаях упорного зуда в ночное время показано применение антигистаминных и транквилизирующих препаратов. Проведение бальнеотерапии также способствует закреплению полученных результатов.

Нарушения аппетита

Иногда наиболее выражены явления нервной анорексии, сопровождающиеся снижением массы тела, в некоторых случаях значительным (на 10—15 кг за один-два месяца). Реже встречается булимия, иногда связанная с утратой чувства сытости (акория). Отмечаются также ощущения, напоминающие тошноту («мутит», «душу тянет» — чаще по утрам), но бывают и рвота, горечь, металлический привкус во рту. Часто отмечаются запоры, реже — поносы. Возможны дискинезии желчевыводящих путей, не сопровождающиеся развитием механической желтухи или лейкоцитоза, повышенная жажда.

Предменструальный синдром

Соматизированные депрессии нередко проявляются в форме синдрома предменструального напряжения. В этих случаях пациентки в первую очередь попадают на прием к гинекологу с жалобами на периодические, обычно перед месячными, боли в области живота, парестезии, сердцебиения, общее недомогание, раздражительность, слезливость. Однако наряду с вегетативными и астеническими расстройствами в этих случаях выявляются тесно связанные с менструальным циклом тревога, ощущение внутренней напряженности, отчетливое снижение настроения, угнетенность. Нередки дисменорея и аменорея.

Однако особенно характерны для соматизированной депрессии ее соматические эквиваленты в виде периодических нарушений обмена веществ, полового влечения, головной боли, нарушений сна, ночного энуреза, экземы, астматических приступов и т. п. и различные патологические сенсации со стороны тела. Некоторые из них, например психалгии (боли, обязанные своим возникновением психическому фактору, а не реальным повреждениям), встречаются практически у всех таких больных. Возможны и другие болезненные ощущения — скручивание, сжатие, разбухание, переливание и т. п.

В качестве «масок» соматизированной депрессии выступают иногда поведенческие расстройства (нецеленаправленная суетливость, периоды беспрерывного курения, алкогольные или сексуальные эксцессы), патохарактерологические проявления с доминированием расстройств влечений (дипсомания, токсикомания, склонность к

азартным играм и др.).

Иногда неожиданно для самих себя больные начинают чуть ли не беспрерывно рисовать, при этом в их творчестве преобладают мотивы печали, грусти, безысходности.

Для эффективной терапии подобных состояний необходимо знать их патогенетические механизмы. У значительной части больных, чья клиническая картина соответствует критериям «маскированной депрессии», дексаметазоновый тест оказывается нормальным или субнормальным, а диазепамовый (седуксеновый) тест бывает тревожного типа. Они хорошо реагируют на анксиолитики (феназепам и др.). Это указывает на то, что в основе нарушений лежат патогенетические механизмы тревоги. Описываемое в этих случаях действие антидепрессантов объясняется присущими им анксиолитическим и анальгетическим эффектам. Соматическая симптоматика подобных состояний обусловлена свойственной тревоге симпатотонией и гормональными сдвигами.

То, что сходные вегето-соматические нарушения наблюдаются и при депрессии, объясняется тем, что депрессии всегда присущи элементы тревоги. У значительной части больных гипертонией в период развернутой депрессии артериальное давление снижается. Включение механизмов депрессии направлено на снижение тревоги, в том числе и на соматовегетативном уровне. Именно этим объясняется то, что у некоторых больных описываемой группы может возникнуть настоящая депрессивная фаза.

Псевдоневрологические расстройства

Нарушение чувствительности

Классификация видов чувствительности

Все виды чувствительности можно разделить на экстерорецептивную, или поверхностную; проприоцептивную, или глубокую, мышечно-суставную; интерорецептивную, или чувствительность внутренних органов. Проприоцептивную чувствительность можно рассматривать как часть интерорецептивной. Экстерорецептивная чувствительность, то есть чувствительность кожи и слизистых оболочек к внешним раздражениям, подразделяется на чувство прикосновения (тактильная чувствительность — эстезия), боли (уколы булавкой — болевая чувствительность — альгезия) и температурные ощущения (раздражение теплом или холодом — температурная чувствительность — термоэстезия). Проприоцептивная чувствительность, то есть чувствительность, идущая из мышц, суставов, связок и костей, подразделяется на мышечно-суставное чувство, вибрационную чувствительность и чувство давления и веса.

Следует еще отметить сложные виды чувствительности, куда входит чувство дискриминации, то есть способность раздельного восприятия двух одновременно наносимых на кожу раздражений, двумернопространственное чувство, то есть умение распознавать рисуемые на коже цифры и буквы, и стереогностическое чувство, или стереогнозис, то есть умение на ощупь определить вкладываемый в руку знакомый предмет.

При нарушении стереогноза, то есть при астереогнозии, испытуемый при сохранности у него проприо- и экстерорецептивной чувствительности может отметить все качества предмета — его твердость, форму, вес, температуру, а соединить их в одно общее представление о целом предмете, ему хорошо знакомом, не может. Понятно, что если испытуемый лишен всех видов чувствительности на кисти, то предмет на ощупь он определить не сможет. В этих случаях говорят о вторичной астереогнозии.

Пути передачи нервных импульсов

Экстерорецептивная чувствительность

Первый нейрон

Импульсы от всех периферических рецепторов поступают в спинной мозг через задний корешок, который состоит из большого количества волокон, являющихся аксонами псевдоуниполярных клеток межпозвонкового (спинно-мозгового) узла. Назначение этих волокон различно.

Часть из них, войдя в задний рог, проходит по поперечнику спинного мозга к клеткам переднего рога (первый мотонейрон), тем самым выполняя роль афферентной части рефлекторной спинальной дуги кожных рефлексов.

Второй нейрон

Другая часть волокон заканчивается в клетках кларкова столба, откуда второй нейрон идет в дорсальных отделах боковых столбов спинного мозга под названием спиномозжечкового дорсального пучка Флексига. Третья группа волокон заканчивается у клеток желатинозной субстанции заднего рога. Отсюда вторые нейроны, образуя спиноталамический путь, совершают впереди центрального канала спинного мозга в передней серой спайке переход на противоположную сторону и по боковым столбам, а затем в составе медиальной петли доходят до зрительного бугра.

Третий нейрон

Третий нейрон идет от зрительного бугра через заднее бедро внутренней капсулы к корковому концу кожного анализатора (задняя центральная извилина). По этому пути передаются экстерорецептивные болевые и температурные, отчасти тактильные раздражения. Значит, экстерорецептивная чувствительность с левой половины туловища проводится по правой половине спинного мозга, с правой половины — по левой.

Проприоцептивная чувствительность

Первый нейрон

Иные соотношения у проприоцептивной чувствительности. Связанная с передачей этих раздражений четвертая группа волокон заднего корешка, войдя в спинной мозг, не заходит в серое вещество заднего рога, а непосредственно поднимается по задним столбам спинного мозга под названием нежного пучка (Голля), а в шейных отделах — клиновидного пучка (Бурдаха). От этих волокон отходят короткие коллатерали, которые подходят к клеткам передних рогов, являясь тем самым афферентной частью проприоцептивных спинальных рефлексов. Наиболее длинные волокна заднего корешка в виде первого нейрона (периферического, идущего, однако, на большом расстоянии в центральной нервной системе — по спинному мозгу) тянутся до нижних отделов продолговатого мозга, где заканчиваются в клетках ядра пучка Голля и ядра пучка Бурдаха.

Второй нейрон

Аксоны этих клеток, образующих второй нейрон проводников проприоцептивной чувствительности, переходят вскоре на другую сторону, занимая этим перекрестом межоливную область продолговатого мозга, которая носит название шва. Совершив переход на противоположную сторону, эти проводники образуют медиальную петлю, располагающуюся сначала в межоливном слое вещества продолговатого мозга, а затем в дорсальных отделах варолиева моста. Пройдя через ножки мозга, эти волокна входят в зрительный бугор, у клеток которого и заканчивается второй нейрон проводников проприоцептивной чувствительности.

Третий нейрон

Клетки зрительного бугра являются началом третьего нейрона, по которому раздражения проводятся через заднюю часть заднего бедра внутренней капсулы к задней и отчасти к передней центральной извилине (двигательному и кожному анализаторам). Здесь-то, в клетках коры, происходит анализ и синтез принесенных раздражений, и мы ощущаем прикосновение, движение и другие виды проприоцептивных раздражений. Таким образом, мышечные и отчасти тактильные раздражения с правой половины туловища идут по правой же половине спинного мозга, совершая переход на противоположную сторону только в продолговатом мозге.

Чрезвычайно важно запомнить, что на протяжении от места входа заднего корешка в спинной мозг до медиальной петли в варолиевом мосту проводники экстерорецептивной и проводники проприоцептивной чувствительности идут различными путями, далеко отстоящими друг от друга, и, значит, могут здесь повреждаться раздельно.

В задней центральной извилине представлены отдельные части тела соответственно тому, как это мы видели в передней центральной извилине, и в том же порядке, то есть и здесь человек как бы проецируется вверх ногами.

Зависимость расстройств чувствительности от распределения корешковой иннервации

Касаясь топографии расстройств чувствительности в зависимости от места повреждения чувствительных путей, прежде всего придется повторить примерно то, что сказано выше. Каждому сегменту спинного мозга соответствует свой участок кожи с подлежащей клетчаткой и мышцами, но благодаря сплетениям от одного корешка волокна попадают в состав нескольких нервов и каждый нерв образуется из волокон нескольких корешков.

Поэтому участок выпадения чувствительности при гибели того или иного периферического нерва будет совсем иной, чем участок анестезии при гибели соответствующих задних корешков или сегментов (словом «анестезия» здесь определяется выпадение не только тактильной чувствительности, но и всех видов чувствительности одновременно). Нетрудно усвоить примерное распределение корешковой иннервации, или, вернее, проекции сегментов спинного мозга на кожную поверхность. Важно лишь помнить, что на иннервацию руки идут корешки от C_5 до D_2, уровень сосков соответствует D_4, уровень пупка — D_{10}, уровень паховой складки — D_{12}, на иннервацию ноги идут корешки от L_1 до S_2, а остальные крестцовые корешки (S_3—S_5) иннервируют промежность и задний проход. Все это может быть хорошо понято, если представить себе боковую проекцию согнувшегося человека с опущенными вниз руками. Необходимо знать, что корешковые зоны перекрывают по соседству друг друга таким образом, что каждый участок кожи обеспечивается чувствительностью не только из своего сегмента, но и из соседних верхнего и нижнего сегментов. И, следовательно, избирательное поражение одного заднего корешка не дает выпадения чувствительности.

Варианты расстройств чувствительности

Если теперь посмотреть все наиболее характерные варианты расстройств чувствительности в зависимости от уровня поражения, то они представятся в следующем виде.

Поражение на уровне коры и подкорковых образований

При поражении задней центральной извилины (кожного анализатора 1-го, 2-го, 3-

го корковых полей), заднего бедра внутренней капсулы, зрительного бугра или медиальной петли будет наблюдаться гемианестезия на противоположной стороне тела с захватом и соответствующей половины лица, так как восходящие проводники от ядра тройничного нерва, обеспечивающего чувствительность лица, идут также в зрительный бугор через заднее бедро внутренней капсулы в заднюю центральную извилину. В таких случаях говорят о расстройстве чувствительности по гемитипу. Гемианестезия часто сочетается с гемиплегией, так как в заднем бедре внутренней капсулы пирамидный путь идет рядом с чувствительными проводниками и при сосудистых катастрофах они могут поражаться одновременно.

Поражение на уровне продолговатого мозга

При очаге поражения в продолговатом мозге выпадает болевая и температурная чувствительность на той же половине лица за счет поражения желатинозной субстанции тройничного нерва и на противоположной стороне тела за счет поражения спиноталамического пути, волокна которого подверглись перекресту еще в спинном мозге. Такой альтернирующий тип расстройства чувствительности у больного сразу укажет на очаг поражения в нижних отделах ствола мозга.

Поражение на уровне спинного мозга

Трансверсальное, то есть поперечное, поражение спинного мозга (воспаление спинного мозга, сдавление его, подвывих позвонка с размозжением спинного мозга или другого характера спинальная травма) дает картину проводникового типа спинального расстройства чувствительности. Выпадает чувствительность всех видов от стоп до участка тела, соответствующего уровню пораженного отдела спинного мозга. Понятно, что при поперечном поражении спинного мозга будут наблюдаться также и параличи мышц, связанных с отделами спинного мозга ниже очага поражения.

Поражение половины поперечника спинного мозга (в начальных фазах сдавления спинного мозга опухолью, при ножевом ранении спины с перерезкой половины спинного мозга) дает картину паралича Броун—Секара: на стороне поражения отмечаются паралич и выпадение проприоцептивной чувствительности, а на противоположной — выпадение экстерорецептивной, в основном болевой и температурной, чувствительности (перекрест спиноталамических волокон в спинном мозге). Так, например, при поражении спинного мозга справа на уровне D_5—D_6 будет наблюдаться спастический паралич правой ноги, выпадение справа книзу с уровня соска тактильной и мышечно-суставной чувствительности, а слева книзу с уровня соска — болевой и температурной чувствительности.

Справа полоской на уровне соска выпадает болевая и температурная чувствительность за счет поражения самих сегментов. При изолированном поражении задних столбов спинного мозга будет наблюдаться лишь выпадение проприоцептивной чувствительности, обычно на ногах.

Если процесс развертывается в сером веществе спинного мозга, будет наблюдаться диссоциированное выпадение лишь болевой и проприоцептивной чувствительности (проводники Голля и Бурдаха не заходят в задний рог) на участках, которые соответствуют пораженным сегментам. Это заднероговой, или сегментарный, тип расстройства чувствительности. При локализации процесса лишь с одной стороны в задних рогах шейного и верхнегрудного отделов спинного мозга болевая и температурная чувствительность расстроены «полукурткой», с обеих сторон — «курткой», то есть на обеих руках, груди и спине.

Типы расстройства чувствительности

Территория выпадения чувствительности при заболеваниях корешков будет та же,

что и при поражении соответствующих задних рогов спинного мозга, но качественно тип расстройства чувствительности иной: при корешковом типе выпадают все виды чувствительности, при заднероговом типе, как уже отмечалось, выпадает только болевая и температурная чувствительность. Может, наконец, наблюдаться периферический тип поражения чувствительности, когда чувствительность (обычно всех видов) выпадает в иннервационном участке данного нерва.

При множественном поражении (воспалении) периферических нервов отмечается полиневритический, или дистальный, тип выпадения чувствительности: степень снижения чувствительности нарастает по мере приближения к дистальным отделам конечностей. Своеобразным может оказаться истерический тип расстройства чувствительности. Здесь участки анестезии имеют нередко форму чулка или перчатки; гемианестезия охватывает половину туловища с границей строго по средней линии, чего обычно не бывает при органической гемианестезии, при которой, как правило, выпадение чувствительности не доходит до средней линии, так как чувствительные корешковые зоны перекрывают друг друга и левые заходят на правые. Разбросанными участками может выпадать чувствительность при проказе, когда поражаются отдельные периферические разветвления нервов.

Степени расстройства чувствительности

Выпадение чувствительности может быть разной степени: анестезия, гипестезия или гипальгезия. Наоборот, может быть повышенное восприятие — гиперестезия и гиперальгезия или чаще гиперпатия, когда обычное раздражение воспринимается как болезненное, окрашенное в неприятный чувственный тон. Самопроизвольная боль носит разные названия: невралгия — боль в иннервационной зоне нерва, корешковая боль — боль опоясывающего характера или идущая вдоль конечности, каузалгия — жгучая боль, наблюдаемая иногда при ранениях периферического нерва.

В случаях резкой невралгии боль усиливается при самых разных раздражениях. Это объясняется тем, что в корковом конце кожного анализатора образуется доминантный очаг возбуждения, куда из других корковых анализаторов приносится поток раздражений; при каузалгии, например, не только раздражения, наносимые на отдельные участки тела, но даже яркий свет, неприятный звук усиливают боль в пораженной конечности.

Варианты болевых симптомов

Боль может иррадиировать. Так, например, начавшись в третьей ветви тройничного нерва, она затем может перейти на первую и вторую ветви. Процесс иррадиации, по-видимому, совершается в области ядра тройничного нерва, где ганглиозные клетки, связанные с различными ветвями его, расположены в непосредственной близости друг от друга. При поражении зрительного бугра могут наблюдаться центральные, или таламические, боли, иногда чрезвычайно резкие по своей интенсивности, жгучие, каузалгического характера, с локализацией в какой-либо конечности или в половине тела.

Интересен факт резкого усиления таламических болей в момент засыпания или в начале сна, когда посторонних отвлечений нет и все внимание сосредоточивается на боли. По тому же принципу успокаивающим образом могут действовать на боль постоянная перемена положения, движение, какая-либо работа. Хорошо известны случаи, когда эпилептический припадок (то есть очаг возбуждения в мозге) снимал на несколько дней боли в руке или ноге, не дававшие до того покоя больному. К симптомам раздражения относятся также неприятные ощущения типа ползания мурашек, онемения, похолодания, стягивания, покалывания, которые возникают самостоятельно, без нанесения внешних раздражений. Эти парестезии появляются в связи с раздражающим процессом в задних корешках спинного мозга, в периферических нервных стволах, например при местных нарушениях кровообращения, но бывают и центрального происхождения. Реже

встречается дизестезия, то есть извращение восприятия раздражений, когда, например, укол ощущается как прикосновение горячим или холодным, холодовое раздражение — как тепловое, и наоборот.

Своеобразным болевым симптомом является боль в отсутствующей конечности, так называемая фантомная боль ампутированных.

Она обычно наблюдается в тех случаях, когда перерезанный нерв сдавлен рубцами или если на нем образовалась неврома. По находящимся в состоянии раздражения волокнам перерезанного периферического нерва поступают импульсы в корковые отделы, где представлены пальцы кисти, стопы. Ощущение боли при этом проецируется в соответствующие периферические области, даже удаленные.

Исследование чувствительности

Исследование чувствительности у больного требует большого терпения и внимания.

Чтобы убедиться в правильности показаний больного, необходимо исследовать чувствительность повторно, каждый раз занося результаты исследования на схему или записывая их в историю болезни.

Исследование проводят в спокойной обстановке, в теплом помещении, обычно при закрытых глазах больного, чтобы он мог лучше ориентироваться.

Ясно, что у больного со спутанным или оглушенным сознанием исследовать чувствительность не удается.

Выпадения чувствительности на всем теле почти не бывает, так что всегда можно исследовать чувствительность путем сравнения ее состояния на здоровых и пораженных участках. Приобретенный неврологический опыт позволяет предвидеть на основании имеющихся двигательных или других расстройств, где и какие расстройства чувствительности могут быть найдены, и соответственно этому направить свое исследование.

Во многом помогают жалобы больного, внимательное выслушивание которых нередко дает правильное направление всему ходу исследования.

Болевая чувствительность

Болевую чувствительность исследуют уколами булавкой, температурную — попеременным прикосновением пробирок с горячей и холодной водой, причем устанавливают, чувствует ли больной вообще, а если чувствует, то улавливает ли температурную разницу. В пробирки наливают воду оптимальной (приятной) температуры с разницей в 3—4 °С, а если больной не может ее уловить, то с большей температурной разницей.

Тактильная чувствительность

Тактильную чувствительность исследуют легким прикосновением ватки, проприоцептивную, мышечно-суставную, чувствительность — пассивными движениями в тех или иных суставах, причем больной должен, закрыв глаза, определить направление движения.

Проприоцептивная чувствительность

При выпадении проприоцептивной чувствительности произвольные движения теряют точность, наступает расстройство координации движений — атаксия. Это так называемая чувствительная атаксия, которая отличается от мозжечковой атаксии тем, что она особенно резко выявляется при выключении зрения, с помощью которого больной в какой-то мере корректирует свои движения.

При мозжечковой атаксии выключение зрения не влияет заметно на движения. Выпадение проприоцептивной чувствительности в руках ведет к промахиванию при

выполнении пальце-носовой пробы, в ногах — при коленно-пяточной пробе. При нарушении глубокой чувствительности в ногах и туловище отмечается усиленное пошатывание при стоянии с тесно сдвинутыми ногами и закрытыми глазами (пошатывание в позе Ромберга), неуверенная атактическая походка, а при значительном ее выпадении — полная невозможность ходьбы.

Вибрационная чувствительность

К проприоцептивной чувствительности относится и вибрационная чувствительность, которую исследуют при помощи вибрационного камертона. После того как бранши камертона приведены в дрожание, его приставляют к костным выступам конечностей или туловища и просят больного отметить момент прекращения ощущения вибрации, вслед за чем исследующий приставляет камертон к соответствующему костному выступу у себя. Если исследующий, который совершенно здоров, продолжает чувствовать вибрацию, значит, у больного имеется снижение вибрационной чувствительности. Может наблюдаться и полное выпадение ее, которое часто предшествует выпадению мышечно-суставной чувствительности.

Чувство давления

Чувство давления определяется надавливанием на участки кожи и мышц больного; при определении чувства веса проверяют, может ли больной определить примерный вес предмета, лежащего у него на ладони, и разницу между двумя последующими, разными по тяжести предметами.

Интерорецептивная чувствительность, отражающая общее состояние внутренних органов, выявляется не всегда просто. Одну из форм выявления неблагополучия во внутренних органах представляет отраженная боль, то есть боль, не совпадающая с локализацией патологического процесса. Это может быть и не боль, а всего лишь гиперестезия соответствующего определенного участка кожи, который топографически не всегда расположен над больным органом (в связи со смещением в метамерах в процессе развития). Такие кожные участки гиперестезии носят название зон Захарьина—Геда. Каждый внутренний орган имеет на коже свою примерную зону Захарьина—Геда; для многих внутренних органов эти зоны установлены довольно точно.

Так, например, хорошо известна гиперестезия в правой подвздошной области при аппендиците, боль и гиперестезия по внутреннему краю левой руки, над левым соском и у левой лопатки при сердечной астме, боль по паховой складке и в яичке при почечно-каменной болезни.

Знание зон Захарьина—Геда важно и потому, что определить пораженный орган по локализации глубинной боли не всегда легко. Большинство внутренних органов получает иннервацию не от одного сегмента спинного мозга, а от нескольких, и притом одних и тех же для ряда органов. Например, почки получают иннервацию от D_{10} до L_2, тонкий кишечник — от D_9 до D_{12}, тело матки и ее придатки — от D_{10} до L_1. Значит, возникающая боль носит не строго ограниченный, а разлитой характер.

Есть и другая причина разлитого характера болей от внутренних органов. В отличие от кожи, внутренние органы не имеют тактильной чувствительности, которая помогает локализовать боль в коже. Своеобразно распределение этих зон в области лица и головы.

Например, заболевание органов грудной клетки может протекать в наружных отделах кожи лба, по задней поверхности шеи, у нижнего края уха, в области надплечья; воспалительные процессы верхних резцов дают боль в передних отделах лба; заболевания желудка дают затылочные боли.

Невралгии и невриты

Сущность невралгических явлений

В основе этиологии невралгий могут лежать инфекции, интоксикации, травмы с отеком прилежащих к нерву тканей и опухоли — как в самом стволе нерва, так и в прилежащих к нему тканях с вторичным сдавлением нерва. Наблюдаются невралгии и невриты отдельного нерва, группы нервов или множественные их поражения, то есть наблюдаются как моно-, так и полиневралгии. В термин «невралгия» — боль по ходу нерва — вкладывается понятие о сверхсильном раздражителе, который, вызывая поток импульсов, бегущих по нерву, причиняет страдание больному.

С клинико-биологических позиций боль играет как бы роль стража, стоящего на часах благополучия организма и сообщающего о бедствии, требующем устранения. Если бедствие может быть быстро обнаружено и легко устранимо, то собственно нет места для диагноза невралгии как нервного заболевания. Но если этого нет, если бедствие не обнаружено, то боль остается и локализуется в зависимости от расположения вызывающего болевые раздражения очага либо в иннервационном поле чувствительного спинно-мозгового корешка, либо в зоне того или иного периферического нерва.

Особенности клинической картины

В случаях чистой невралгии обычно не находят анатомических изменений в нервных стволах. Но боль может сопровождать воспалительные изменения в нерве, то есть входить составной частью в картину неврита, который морфологически выражается, помимо проявлений воспалительного характера, в нарушении целости миелиновой оболочки, а то и целости самого осевого цилиндра. Таким образом, неврит клинически должен проявляться, помимо болей, более или менее значительными симптомами выпадения функции нерва — похуданием мышц, понижением силы, чувствительности и рефлексов. Неврит чисто двигательного нерва, а таковые известны среди черепных нервов, дает клинически безболевое поражение мышц. При невралгии, помимо боли, может наблюдаться некоторое повышение рефлексов, парестезии, изменения вегетативно-рефлекторного характера в виде потепления кожи, потливости. Боль может быть постоянной, временами усиливающейся, мгновенной, пароксизмальной, пульсирующей. Она разнообразна по характеру и красочно живописуется больными. Важно знать, что в передаче болевых раздражений, помимо цепи нейронов, куда входят задний корешок, спиноталамический путь и таламо-кортикальный путь, принимают участие и вегетативные волокна, особенно от внутренних органов. Болевые ощущения, формирующиеся на основе сигналов, идущих по вегетативным волокнам, носят несколько разлитой характер с оттенком жжения. Чрезмерные болевые раздражения, ненужные уже организму, гасятся за счет саморегулирующихся приборов. Часто биохимическим выражением боли является наличие в крови значительного количества гистамина. Эффект связывания гистамина выделяемым в организме гистаминопексином ведет к уменьшению ненужной уже боли. Если организм не справляется с этой задачей, если эффект связывания недостаточен, боль продолжает мучить больного. Нужна помощь извне, в первую очередь требуется удалить раздражающий очаг.

Невралгия тройничного нерва

Клиническая картина

С приступообразными болями в половине лица обычно обращается к врачу человек пожилого возраста. То он жалуется на боль, которая развилась остро и совсем недавно, то (что случается значительно чаще) рассказывает, что со своими страданиями он обращался уже неоднократно к врачам, но получаемая от них помощь давала всякий раз лишь

кратковременный эффект или оказывалась безрезультатной. Характер боли не менялся. Приступ боли имеет отчетливое начало и конец. Она бывает иногда настолько резкой и нестерпимой, что лишь уверенность в окончании приступа примиряет больного с жизнью.

Начинается приступ невралгии тройничного нерва обычно с предвестника — то в форме зуда кожи определенной части лица, то в виде «ползания мурашек» или других парестезий, вслед за чем, нарастая сразу или постепенно, возникает приступ боли. Больной испытывает чувство жжения, пробегания электрического тока, достигающее порой огромной интенсивности. Начавшись в районе одной из ветвей нерва, боль иррадиирует по двум другим его ветвям, охватывая всю половину лица, однако не переходит на противоположную сторону.

В момент приступа больной замирает в страдальческой позе, часто с широко открытым ртом, прикладывает руку или платок к больному месту, корчится от боли, трет рукой лицо, которое зачастую сводит судорогой. Иногда появляются жевательные движения или причмокивание языком, часто слезотечение и усиленная секреция носовой слизи, нередко отмечается металлический привкус во рту. Закончившийся приступ через более или менее длительный промежуток времени вновь повторяется. Иной раз жевание, разговор, легкое прикосновение к коже лица, например при умывании, а то и психическое возбуждение могут служить провокаторами болевого приступа. При частых повторениях приступов больной находится в плену у болезни.

Светлые промежутки могут быть столь короткими, что он совершенно лишается покоя и все время находится в ожидании новой боли. В особенно тяжелых случаях даже ночь не приносит покоя и сна. Нечего и говорить, что в таких случаях больной не может ни на чем сосредоточиться, не может работать, не может читать или чем-либо развлечься.

Невралгия тройничного нерва полиэтиологична. Причиной могут быть малярия, обменные нарушения, воспаления периоста в костных каналах, через которые входят в полость черепа ветви тройничного нерва, сужение этих костных каналов при склерозировании ткани. Часто причиной является неправильный прикус с постоянной травматизацией в челюстном суставе. В то же время одонтогенная невралгия тройничного нерва встречается редко, что, однако, не противоречит основному правилу при тригеминальной невралгии — санировать рот больного.

Дифференциальная диагностика

Не всегда удается отыскать этиологию тригеминальной невралгии, поэтому часто приходится ограничиваться симптоматической терапией. Тригеминальную невралгию необходимо дифференцировать с глаукомой, при которой острая боль наблюдается в районе первой ветви тройничного нерва (нужно учесть, что изолированная невралгия первой ветви тройничного нерва встречается крайне редко), и с отраженными болями при заболевании внутренних органов, которые получили название тригеминизма и распределяются в лицевых зонах Захарьина—Геда.

Нужно отличать тригеминальную невралгию от симптоматической невралгии — преходящих болевых симптомов. В случаях такой атипичной невралгии боль имеет более разлитой характер. Разговор или жевание не вызывает и не усиливает боли, а скорее успокаивает ее и снимает. Характерны также продолжительность и тип боли. В то время как при настоящей невралгии боль острая, протекает приступами и длится несколько секунд, то здесь боли длительные, ноющие и тупые, часто пульсирующие, без светлых промежутков. Отграничить истинную невралгию от атипичной очень важно, так как при последней алкоголизация нерва не приносит облегчения, а сплошь и рядом усиливает боли.

В числе местных болезненных процессов, связанных с тригеминальными болями или атипичной тригеминальной невралгией, можно назвать воспаление придаточных пазух носа, камни слюнных желез, опухоли челюстей, внутричерепные новообразования у гассерова узла или корешка тройничного нерва, различные заболевания зубов и челюсти.

С тригеминальной невралгией иногда смешивают боли, возникающие при частичном подвывихе челюстно-височного сустава (наблюдается у некоторых беззубых людей), когда нижняя челюсть выдвигается вперед. Однако в таких случаях приступы болей обычно совпадают с движениями челюсти. Наконец, боли, похожие на тригеминальные, иногда приступообразно возникающие и локализующиеся в зубах, может вызвать миозит височной и жевательной мышц. При этом в мышце можно обнаружить небольшой узелок, очень болезненный при надавливании.

Особенно тягостна невралгия тройничного нерва при одновременно возникающем на лице опоясывающем или (значительно реже) пузырьковом лишае, обычно с локализацией в районе именно первой ветви тройничного нерва. Правильному диагнозу невралгии тройничного нерва помогает наличие в области лица небольшого участка, легкое прикосновение к которому вызывает приступ боли, в то время как сильное давление на него, наоборот, купирует боль. Этот участок размером в небольшую монетку может локализоваться на бровях, губах, крыле носа, щеке, подбородке, десне, небе, полости рта и языке. Таким «тревожным участком» может быть и зуб на верхней или нижней челюсти.

Хотя диагноз невралгии тройничного нерва поставить нетрудно, но определить, какая именно его ветвь является источником болей, не всегда легко. Здесь поможет наличие «тревожного участка» в зоне иннервации данной ветви нерва, а также временная анестезия (на 1—2 ч) этого тревожного участка внутрикожной инъекцией раствора новокаина. Если в течение 1—2 ч никакие раздражения «тревожного участка» не вызывают приступов боли, не возникают также и «спонтанные» приступы, то вполне можно сделать вывод, что начало болей связано именно с этой ветвью нерва, в иннервационной зоне которой расположен замолкший «тревожный участок».

Лечение

Из изложенного ясно, что лечение невралгий тройничного нерва должно идти по двум направлениям: лечение основного заболевания и симптоматическая терапия. Как сказано выше, должна быть проведена санация рта.

Однако отнюдь не следует по указке больного экстрагировть один здоровый зуб за другим, хотя бы от этого и наступало облегчение на несколько недель. Попутно с поисками причины невралгии в качестве сиптоматического лечебного средства можно попробовать антиневралгические препараты.

Однако иной раз все попытки найти основную причину невралгии остаются безрезультатными, а весь ассортимент медикаментозной и физиотерапевтической помощи — бессильным. Тогда прибегают к хирургическим методам лечения, цель которых — прервать проходимость нервного ствола либо путем выкручивания нерва с последующей алкоголизацией центрального отрезка и закрытием канала парафиновой пробкой, либо путем химической блокады нерва введением в его ствол раствора спирта с новокаином внутриканальным внеротовым методом. Преимущество алкоголизации периферических ветвей состоит в том, что она не дает осложнений, поэтому ее можно повторить. Кроме того, она может быть выполнена в амбулаторных условиях. Применяется обычно при невралгиях второй и третьей ветвей. До операции путем введения новокаина, как сказано выше, нужно точно установить, в какую ветвь надлежит вводить спирт.

При невралгии второй ветви тройничного нерва спирт можно вводить в подглазничный или крыло-небный канал. Вводить спирт в подглазничный канал удобнее внеротовым способом. При невралгии третьей ветви вводят спирт в подбородочный канал или у нижнечелюстного отверстия.

Доказательством того, что спирт попал в нерв, служит появление жгучей боли в области распространения нерва с последующим затуханием ее и полной анестезией через 1—2 с. Боли прекращаются на год и больше. При рецидиве проводят повторную алкоголизацию нерва. В упорных случаях проводят интракраниальную перерезку одной

из ветвей тройничного нерва.

Лицевая симпаталгия

Разлитая боль в лице, не связанная по локализации с иннервационными чувствительными зонами (что отличает ее от невралгии тройничного нерва), соответствующая распределению артерий, жгучая и сочетающаяся с вегетативными симптомами в виде покраснения лица, потливости, иногда в ограниченном участке, и сопровождающаяся развитием отека, характерна для симпаталгии.

Симпаталгии значительно иррадиируют, как это наблюдается при невралгии крыло-небного узла, и могут быть обусловлены раздражением симпатических ганглиев. Лечение сводится к физиотерапии, приему антиневралгических препаратов, можно применять новокаиновую блокаду звездчатого симпатического ганглия.

Невралгия крыло-небного узла и носо-ресничного нерва

Локализация боли при невралгии крыло-небного узла отчасти совпадает с локализацией ее при невралгии тройничного нерва. Боль протекает приступообразно, начинаясь без какой-либо видимой причины, быстро нарастая, и длится несколько часов. В анамнезе у больных имеется воспаление придаточных полостей носа; боли иногда начинаются в детском возрасте, и их легко принять за мигренозные приступы, хотя локализация боли в последнем случае совершенно другая.

Клиническая картина

Приступ боли начинается чаще с глаза, распространяется на все зубы этой же стороны, на корень носа, надбровье, на всю половину лица, теменную область, ухо, область затылка и спускается к верхнему внутреннему углу лопатки, а иногда распространяется и по всей руке. Могут отмечаться боли в языке и небе.

Нередко появляются головокружение, шум в голове, звон в ухе; звук и свет вызывают резкое раздражение; лицо краснеет, половина его даже отекает; отмечаются гиперемия конъюнктивы, слезотечение, слюнотечение, отечность слизистой оболочки носа с ринореей и даже носовым кровотечением. Наконец, в некоторых случаях наблюдается и судорога мышцы, поднимающей соответствующую половину мягкого неба, что может проявляться характерным цокающим звуком.

Приступ, внезапно начавшийся и достигший степени нестерпимой боли, понемногу затихает и через 20—40 мин (а то и дольше) внезапно заканчивается, иногда оставляя после себя на несколько часов неприятные парестезии в коже и слизистых оболочках. В отличие от невралгии тройничного и языкоглоточного нервов, приступ нельзя спровоцировать каким-либо местным раздражением.

Синдром боли и описанных выше обширных вегетативных нарушений легко укладывается в картину раздражения крыло-небного узла с его разнообразными нервными связями. Крыло-небный узел находится в системе второй ветви тройничного нерва. От коленчатого узла лицевого нерва к нему подходят волокна большого каменистого нерва, в составе которого идут также волокна из языкоглоточного нерва через связь по малому каменистому нерву. Через эту систему нервов к крыло-небному узлу подходят секреторные парасимпатические волокна к слезным железам и к железам слизистой оболочки полости носа, неба и зева, вазодилататорные волокна, а также двигательные волокна мышцы, поднимающей небо. Через глубокий каменистый нерв к крыло-небному узлу подходят симпатические волокна от сплетения сонной артерии. Чувствительные волокна от второй ветви тройничного нерва проходят через крыло-небный узел, не прерываясь в нем. Они направляются в глазницу, к задним решетчатым ячейкам, к слизистой оболочке полости носа, зева, верхней челюсти, мягкого и твердого неба.

Мышцы, к которым через крыло-небный узел подходят волокна из лицевого нерва, поднимают мягкое небо и сжимают отверстие евстахиевой трубы. Нетрудно понять, что весь описанный синдром невралгии крыло-небного узла объясняется его богатыми связями с черепными нервами и с парасимпатическим и симпатическим отделами нервной системы, что и дает основание относить эту невралгию к симпаталгиям. Связь с нижним шейным симпатическим узлом объясняет распространение болей к затылку, шее, в лопатку и даже руку.

Невралгия носо-ресничного нерва, веточки глазничного нерва, иннервирующего глазное яблоко, конъюнктиву, внутреннюю поверхность век, передний отдел носовой полости и кожу лба, состоит из кратковременных, но мучительных болей в глазу у внутреннего угла глазницы и в области крыла носа. Они сопровождаются ринореей и часто наступают по ночам. Может наблюдаться кератит, реже ирит. Нерезкая боль держится и вне приступа. Нужно исключить заболевания глаза и синуситы, инфекционные болезни.

Невралгия коленчатого ганглия

Боли в половине лица в районе второй ветви тройничного нерва, протекающие со слезотечением, слюнотечением, герпетическими высыпаниями в глубине наружного слухового прохода и в глотке с легкими или более выраженными поражениями мимической мускулатуры и парестезиями в языке, свидетельствуют о локализации процесса в области коленчатого узла лицевого нерва. Односторонний паралич лица с пузырьковым лишаем в наружном слуховом проходе, с болями в ухе и по его окружности известен под названием синдрома Ханта.

Невралгия язычного и языкоглоточного нервов

Боль в языке часто встречается при невралгии нижней ветви тройничного нерва, иногда она является ведущим симптомом. При невралгии язычного нерва боль локализуется в передних отделах языка, при невралгии языкоглоточного нерва — в корне языка, в небной занавеске и миндалине. В невралгии корня языка может быть повинен и верхний гортанный нерв, так как он тоже участвует в чувствительной иннервации этой области.

Клиническая картина

Боли протекают приступообразно и возникают под влиянием незначительных внешних раздражений — таких, как прием пищи, питье холодной воды, разговор, зевота, смех, кашель; могут возникать они и под влиянием эмоций. При невралгии IX нерва боль может иррадиировать в барабанную перепонку, отмечается сухость в глотке, сопровождаемая кашлем, посредством которого больной как бы старается освободиться от раздражающего инородного тела в глотке. «Тревожный участок» находится в районе миндалин. Больные оберегают язык, стараются меньше им двигать, не жуют на этой стороне, отчего на нем образуется серый или буроватый налет.

Причины этих невралгий в первую очередь нужно искать в заболеваниях или повреждениях самого языка у места расположения нервов, а также в раздражении симпатических волокон в мышечной ткани языка, куда они проникают из периартериального сплетения язычной артерии.

Простреливающие боли в половине шеи с последующим ощущением припухлости языка и затруднением перекатывания пищи (что зависит от пареза подъязычных мышц и подтягивания подъязычной кости и языка вверх за счет подбородочно-подъязычной мышцы) могут быть объяснены поражением корешка C_3, который анастомозирует с подъязычным нервом (через подъязычную петлю). Это создает ощущение глоссалгии,

особенно если учесть еще связь с вегетативными волокнами языкоглоточного нерва.

Этиология и дифференциальная диагностика

Не всегда ясно, относить ли различного рода парестезии языка к легким формам язычной невралгии или причислять их к психогенным страданиям. Очевидно, в большинстве случаев первое будет правильнее.

В этих случаях больные отмечают жжение в кончике языка, по его боковым сторонам, реже — в спинке или корне. Язык как бы обожжен или обварен. Это чувство жжения в одних случаях может быть чуть ли не постоянным и весьма интенсивным, в других — незначительным, появляющимся лишь в определенные часы и то не каждый день. Наряду с жжением больные отмечают «ползание мурашек», онемение, чувство неловкости, «язычный зуд».

Бесспорно, что не явления язычной невралгии, а имитирующие их состояния отмечаются при патологических изменениях слизистой оболочки или при каких-либо механических или химических раздражителях в полости рта.

Это могут быть острые края зубов, коронок, каучуковые протезы; при наличии протезов из разных металлов могут возникать во рту гальванические токи, которые будут сопровождаться неприятными ощущениями. Известны также парестезии при длительном приеме лекарственных веществ — йода, ртути.

Помимо местных факторов, причиной парестезии языка могут быть такие общие заболевания, как туберкулез, малярия, сифилис, ахилический гастрит, пернициозная анемия (при этом парестезии могут быть первым признаком заболевания), полицитемия, авитаминозы — пеллагра, спру, отравление тетраэтилсвинцом, глистная инвазия, гипертоническая болезнь.

Часть этих заболеваний может протекать с видимыми изменениями на языке, например синюшная окраска языка при полицитемии, атрофия слизистой оболочки при пернициозной анемии, пятна и эрозии при авитаминозах и нарушениях обмена веществ, язвы или папулы при сифилисе.

Наряду с этим чувство жжения, боли и парестезии в языке, получившие общее наименование глоссодинии, или глоссалгии, бывают психогенно обусловлены неосторожными высказываниями врача о раке языка или сифилитическом его поражении. Нужно помнить, что у страдающих глоссодинией всегда травмирована психика, и поэтому врач должен быть особенно внимателен. Видимые объективные изменения при этом типе глоссодинии, как правило, отсутствуют, что не мешает больным много раз смотреться в зеркало и «находить» в языке те или другие дефекты.

Неврит лицевого нерва

Неврит лицевого нерва отличается одной особенностью — отсутствием расстройств чувствительности, за исключением небольшого участка в околоушной области. Однако при неврите бывают боли, чаще всего у сосцевидного отростка, которые обусловлены, по-видимому, сдавлением нервно-сосудистого пучка в фаллопиевом канале.

Клиническая картина

При неврите лицевого нерва наступает паралич мимической мускулатуры (мимический паралич). Чаще он развивается на одной стороне и выражается в следующем. Носогубная складка на стороне поражения сглажена, весь рот перетянут в здоровую сторону. На больной стороне рот неподвижен, и вследствие плохого смыкания губ слюна и набранная в рот вода вытекают из этого угла рта. Больной не может задуть свечу, свистнуть. Веки на стороне паралича раскрыты шире, чем на здоровой. При попытке закрыть глаза веки полностью не смыкаются и через открытую глазную щель видна склера повернутого вверх глазного яблока (содружественное движение глазных яблок при

зажмуривании глаз). В случае незначительной слабости круговой мышцы глаза больной может закрыть глаз, но, если ему предложить крепко зажмурить глаза, отмечается «симптом ресниц»: на здоровой стороне ресницы полностью вбираются в зажмуренные веки, а на пораженной стороне их кончики все же видны.

Вследствие недостаточного прижатия нижнего века постоянно вытекает слеза, поверхность глаза не увлажняется, она становится сухой, что ведет к воспалительным процессам в конъюнктиве и роговице. Наморщить лоб, нахмурить бровь на пораженной стороне больной не может. Нередко наблюдается расстройство вкуса, иногда усиленное слезоотделение, гиперакузия.

К серьезным причинам поражения лицевого нерва относятся заболевания внутреннего уха, дающие отек нерва в фаллопиевом канале, или проникновение гноя в канал и воздействие его непосредственно на нерв при гнойном отите. Вот почему в случаях паралича лицевой мускулатуры необходимо исследование у отоларинголога. Полагаться только на жалобы больного нельзя, так как часто воспаление внутреннего уха первое время может не давать резкой боли. Если будет констатирован гнойный отит, все лечение паралича, во всяком случае в первое время, должно, разумеется, быть направлено на устранение вызвавшей его причины.

Этиология

Наиболее частой причиной неврита лицевого нерва является инфекция, спровоцированная озноблением. В пожилом возрасте такой причиной может явиться гипертоническая болезнь с венозным стазом и отеком ствола в области фаллопиева канала. Лицевой нерв может страдать на пути прохождения его через толщу околоушной железы при воспалении последней (паротит). После хирургического вмешательства на околоушной железе при неумелом поперечном разрезе встречается паралич лицевых мышц вследствие перерезки ветвей лицевого нерва. В этом случае вскоре развиваются мышечные атрофии с последующей стойкой контрактурой лицевой мускулатуры.

Может быть поврежден ствол лицевого нерва и во время операций на пирамиде височной кости, во время радикальных ушных операций по поводу гнойного отита, а также при полном удалении околоушной слюнной железы по поводу ракового или другого новообразования в ней. Лицевой нерв может быть поврежден и при стоматологических операциях — резекции суставной головки нижней челюсти, вскрытии одонтогенных абсцессов и флегмон в подчелюстной области.

Травматическое повреждение лицевого нерва может быть вызвано огнестрельным ранением, переломом основания черепа, когда линии перелома пересекают фаллопиев канал, а смещенные обломки вызывают размозжение лицевого нерва. Кратковременный парез мышц лица (на несколько часов, дней) иногда развивается вслед за анестезией при удалении зуба или при обезболивании нижнего альвеолярного нерва у нижнечелюстного отверстия. Поражение отдельных ветвей лицевого нерва наблюдается по истечении короткого времени после проводникового или инфильтрационного обезболивания различных участков челюстей и лица.

Дифференциальная диагностика

Наряду с этим нужно иметь в виду, что неврит лицевого нерва может являться одним из симптомов заболеваний центральной нервной системы. Хорошо известны случаи рецидивирующего неврита VII пары как с той же стороны, так и попеременно с правой и левой, а то и с двух сторон. Повторение лицевых параличей может быть объяснено анатомическими особенностями (сужение фаллопиева канала), однако нужно всякий раз подумать о саркоидозе Бека.

Будет ли поражен сам лицевой нерв или группы клеток, осевоцилиндрическими отростками которых он является, то есть, иными словами, ядро лицевого нерва, клиническая картина будет в основном одной и той же. Однако трудно представить

изолированное положение ядра лицевого нерва (как известно, это ядро лежит в варолиевом мосту на границе с продолговатым мозгом); обычно в процесс вовлекаются соседние отделы, чаще других — пирамидный путь. Речь идет о кровоизлиянии, воспалении или опухоли в области варолиева моста. В этом случае, помимо паралича мышц лица, у больного обнаруживается паралич противоположной половины тела, то есть имеется альтернирующая гемиплегия. Важно отметить, что даже при исследовании больного по поводу паралича половины лица нельзя отказаться от полного неврологического обследования, иначе можно пропустить важные расстройства, которые могут повлиять на диагноз и лечение.

Но может наблюдаться и изолированное поражение ядра лицевого нерва в картине острого инфекционного заболевания — полиомиелита (обычно вместе с повреждением вестибулярного ядра) или полиомиелитоподобного заболевания. Особенно характерна эта форма заболевания для больных раннего детского возраста, когда, кстати сказать, «простудные» невриты лицевого нерва почти не встречаются.

Как симптом неврит лицевого нерва наблюдается и при опухоли, исходящей из слухового нерва и располагающейся в мосто-мозжечковом углу. В этом случае наряду с нарастающим парезом лицевой мускулатуры вследствие сдавления лицевого нерва опухолью наблюдается понижение слуха на той же стороне с явлениями раздражения в виде звона, треска, свиста в ухе и поражение ряда прилежащих нервов — языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, тройничного, отводящего.

Паралич мышц лица, начавшись остро, может через 2—3 недели полностью ликвидироваться, но чаще восстановление затягивается на более длительный срок — 1—2 месяца, а при значительных невритических изменениях — и гораздо дольше (до полугода). Восстановления нерва иногда совсем не наступает, особенно при отогенных и травматических его поражениях.

В затяжных случаях неврита лицевого нерва (как исключение — и в более острых) в парализованных мышцах может развиться контрактура. Происходит сведение мышц больной половины лица, вследствие чего создается впечатление пареза не на этой стороне, а на здоровой. Одновременно отмечается появление ряда содружественных движений (синкинезий): непроизвольное закрывание глаза при поднятии угла рта, сокращение мышцы лба при закрывании глаз, непроизвольное оттягивание угла рта при попытке закрыть одноименный глаз или при моргании.

Медленно идет восстановление и в случаях паралича обеих половин лица, что может наблюдаться в картине инфекционного полиневрита, особенно же полиомиелита. В заключение следует напомнить, что в то время как паралич лица по периферическому типу характеризуется поражением всей половины лица, при параличе по центральному типу не действует лишь нижняя половина лица (в некоторых случаях слегка слабеет и верхняя половина). Наличие лагофтальма всегда свидетельствует о периферическом параличе. Невриты других черепных нервов как самостоятельные формы не встречаются. Параличи мышц, управляющих глазными яблоками, если они не обусловлены местными процессами (опухоль глазницы, травма глаза), обычно входят в картину миастении. Поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов чаще наступают одновременно и дают картину бульбарного паралича.

Невралгия затылочного и позвоночного нервов

Боли, связанные с затылочными нервами, являются следствием раздражения верхних шейных корешков, которые идут на построение этих нервов и обычно подвергаются сдавлению (раздражению) остеофитами в связи с шейным остеохондрозом позвоночника. Остеохондроз позвоночника приводит также к раздражению позвоночного нерва, симпатического по своей природе, который оплетает густой сетью вертебральную (позвоночную) артерию, идущую в отверстиях поперечных отростков шейных позвонков.

Клиническая картина

При невралгии затылочного нерва может быть охвачена область иннервации многих черепных нервов. Чаще всего боли распространяются по ходу большого затылочного нерва, который иннервирует кожу затылка между областями распространения большого затылочного и большого ушного нервов.

Боли обостряются приступами, наступающими иногда вслед за движениями головой, чиханьем, кашлем. На высоте приступа они могут иррадиировать в шею, лицо, лопатку. Больные все время вынуждены держать голову неподвижно, наклонив ее назад или набок. Это последнее и создает иногда картину кривошеи, с которой больной нередко обращается к врачу (нужно помнить, что причиной кривошеи может быть болезненный шейный миозит или поражение подкорковых ядер, когда кривошея протекает с насильственными подергиваниями, с гиперкинезом). В промежутках между приступами могут наблюдаться тупые ноющие боли.

Дифференциальная диагностика

При невралгии большого затылочного нерва имеются характерные болевые точки у места его выхода между сосцевидным отростком и верхним шейным позвонком; при невралгии малого затылочного нерва эти точки расположены по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в области сосцевидного отростка или теменного бугра. При установлении диагноза невралгии затылочного нерва остеохондрозного генеза нужно помнить, что боли по ходу верхних шейных корешков могут явиться симптомом травматического повреждения части спинного мозга.

Болезненность в области затылка может наблюдаться и при невралгии позвоночного нерва, являясь частью сложного клинического синдрома этой невралгии. Позвоночная артерия кровоснабжает шейную часть позвоночника, мышцы и кожу задней поверхности шеи, твердую мозговую оболочку задней черепной ямки, мозговой ствол и мозжечок, отдавая еще мелкие веточки к V, VI и VII шейным нервам. Значит, при ее сдавлении остеофитами (с неминуемым вовлечением опутывающего артерию позвоночного нерва) весь клинический синдром будет слагаться из головных болей затылочной локализации, вестибулярных головокружений, жужжания и шума в ушах, ощущения сдавливания в глотке, значительной умственной и физической утомляемости, а иногда и болей в руках и сосцевидного отростка. Боль возникает приступами, которые могут продолжаться по нескольку часов.

Знакомство с невралгией позвоночного нерва, которая встречается не так уж редко, может избавить от диагностических ошибок, когда все перечисленные жалобы трактуются как неврастенические. Понятно, что в этих случаях не поможет одна психотерапия, а больному необходимо принимать медикаментозные препараты.

Брахиалгия и синдром передней лестничной мышцы

Говоря о неврологической боли в руке, нужно перечислить большое количество патологических процессов, при которых могут страдать те или иные спинальные корешки, идущие на образование нервов руки, сами спинно-мозговые нервы или шейно-плечевое сплетение нервов. Это инфекционно-воспалительные поражения оболочек спинного мозга и его корешков, туберкулезный спондилит, остеохондроз позвоночника, опухоли корешков или спинно-мозговых нервов (невриномы), травмы в области сплетения нервов, миозиты, симпаталгии при нижнешейных и грудных воспалительных изменениях. Обо всем этом приходится думать, не говоря уже об артритах и профессиональном утомлении рук у пианистов, скрипачей, машинисток и пр. Но о двух клинических картинах брахиалгии, связанных с шейным остеохондрозом, нужно говорить особо, так как они часто встречаются среди больных. Это плече-лопаточный периартрит и синдром передней

лестничной мышцы.

Клиническая картина плече-лопаточного периартрита

В первом случае больные отмечают резкую болезненность в области шеи, плечевого сустава и в руке. Особенно выражена боль при отведении руки и заведении ее за спину, тогда как маятниковые движения в ней совершенно свободны. Самопроизвольные боли могут достигать такой степени, что больные не спят по ночам, а ходят по комнате, нося свою руку. Больной не может самостоятельно надеть пиджак, рубашку, пальто или проделывает это, испытывая резкие боли. В тяжелых случаях при пальпации болезненна область шейных позвонков, плечевого сустава и нервно-сосудистого пучка плечевой кости. В руке отмечаются парестезии, похолодание кисти. Иногда больной находит особо выгодное положение для руки, например держа ее ладонью на голове.

Рентгенологических изменений в суставе нет, хотя в некоторых случаях отмечается обызвествление в капсуле сустава, что дает право говорить о калькулезном бурсите. Это заболевание — удел пожилых людей, когда изменения в межпозвонковых хрящах наблюдаются не так уж редко.

Клиническая картина синдрома передней лестничной мышцы

При синдроме передней лестничной мышцы брахиалгия обусловлена напряжением передней лестничной мышцы. Этот синдром следует дифференцировать с синдромом добавочного шейного ребра, которое может травмировать плечевое сплетение. Для того чтобы был понятен синдром передней лестничной мышцы, необходимо вспомнить анатомические взаимоотношения. Эта мышца лестничными ступеньками начинается от поперечных отростков III, IV, V и VI позвонков и прикрепляется к бугорку Лисфранка I ребра. Позади мышцы над ребром проходит подключичная артерия, а впереди мышцы, в щели между ребром и ключицей, расположена подключичная вена. Плечевое сплетение зажато между передней и средней лестничными мышцами. В наименее благоприятных условиях находится нижняя часть сплетения, образованная из 8-го шейного и 1-го грудного корешков. Они огибают I ребро, направляясь горизонтально и несколько вверх, и легко могут подвергнуться сдавлению между передней лестничной мышцей и ребром.

В подобных случаях больной жалуется на боль и тяжесть в руке с ощущением в тяжелых случаях «отрывающейся руки». Боль усиливается по ночам, заставляя больного вставать и носить свою руку, она усиливается при глубоком вдохе, наклоне головы в здоровую сторону, отведении руки. Боль иррадиирует иногда в подмышечную область, грудную клетку, вызывая подозрение на стенокардию, особенно если боль и онемение отдают в левую руку (здесь боль распространяется по ульнарному краю предплечья и кисти). Отмечаются припухлость надключичной ямки, уплотнение и болезненность при пальпации передней лестничной мышцы, похудание и уплотнение гипотенара, нулевая сила из-за боли в кисти, припухлость в ней, цианотичность или бледность, огрубение кожи, ломкость ногтей, снижение напряжения пульсовой волны.

Не нужно забывать, что боль и парестезии в руке могут явиться следствием «синдрома запястного канала», то есть сдавления срединного нерва в запястном канале (под ладонной поперечной связкой) при тендовагините сухожилий сгибателей пальцев. Клинически имеются онемение кисти, боли, особенно ночные, заставляющие вставать и размахивать руками, растирать их. В дальнейшем боли ощущаются и днем. Из-за венозного застоя пальцы пастозны, кожа на них лоснящаяся, со стертым кожным рисунком.

Невралгия седалищного нерва и поясничная боль

Невралгия седалищного нерва и поясничная боль — заболевания, которые встречаются довольно часто и дают большое количество дней нетрудоспособности. Однако нужно помнить, что причиной болей в ноге и в пояснице может быть не поражение нервной системы, а ряд других патологических процессов: варикозное расширение вен голени и бедра, тромбофлебит бедренной вены, туберкулезный коксит или сакроилеит, увеличение паховых желез, сифилитический периостит, облитерирующий эндартериит, плоскостопие, заболевания внутренних органов (кишечника, почек, мочевого пузыря, матки).

Топографическая анатомия седалищного нерва

Спинно-мозговые корешки, из которых слагается седалищный нерв, начинаются от нижнего поясничного и крестцовых сегментов спинного мозга. Эти сегменты лежат на уровне I и II поясничных позвонков, поэтому корешки, прежде чем выйти через соответствующие им межпозвонковые пространства, идут в составе конского хвоста. Через межпозвонковые отверстия поясничного отдела и крестца, который образует собой заднюю стенку малого таза, выходят уже смешанные спинальные нервы, носящие название канатиков. Канатики принимают участие в образовании пояснично-крестцового сплетения, из которого выделяется среди других нервов массивный ствол седалищного нерва.

В виде толстого шнура седалищный нерв проникает в область малого таза, а оттуда через большое седалищное отверстие проходит в толщу ягодичных мышц. Там он лежит по средней линии между большим вертелом бедра и в подколенной впадине разделяется на большеберцовый и малоберцовый нервы; первый из них идет по внутреннему краю голени на подошву, а второй — по наружной стороне голени на тыл стопы до малого пальца.

Этиология седалищной невралгии

Если проследить весь путь волокон седалищного нерва и все образования, лежащие на его пути, то станет ясно, какие причины могут вызвать седалищную невралгию. Это будут: заболевания оболочек тех отделов спинного мозга, корешки которых образуют пояснично-крестцовое сплетение (V поясничный и крестцовые); заболевания конского хвоста (воспаления, опухоли, гуммы, различные процессы в позвоночнике, дающие пояснично-крестцовый фуникулит); заболевания органов малого таза, сдавливающие пояснично-крестцовое сплетение или вызывающие его воспаление; абсцессы и опухоли в толще ягодицы и бедра, что дает неврит седалищного нерва. Если добавить, что остеохондроз позвоночника может сочетаться с инфекцией, интоксикацией или аутоинтоксикацией (подагра), которые сами по себе иной раз являются достаточной причиной для возникновения невралгии, то сложность диагностики этого страдания станет ясна.

Кроме того, нужно добавить, что охлаждение нередко играет решающую роль в развитии невралгии седалищного нерва, иногда являясь прямой причиной или фактором, способствующим воздействию на нерв других неблагоприятных моментов. Особенно демонстративна провоцирующая роль охлаждения при обострениях и рецидивах бывшего ранее заболевания. Учитывая все сказанное выше, нужно быть крайне осторожным в поспешной диагностике седалищной невралгии, особенно в случаях упорно держащихся болей.

Таким образом, боли по ходу седалищного нерва и в пояснице чаще всего наблюдаются как симптом какого-либо основного заболевания. Обычно таким основным заболеванием является остеохондроз позвоночника. И в тех случаях, где не называют текущего процесса — виновника седалищной невралгии, там предполагается поясничный остеохондроз.

Строение связочного аппарата позвоночника

Для того чтобы уяснить суть дела, необходимо вспомнить анатомию и физиологию межпозвоночных дисков и связок позвоночника. Межпозвоночные диски расположены между двумя телами позвонков. Их нет только между I и II шейным и между крестцовыми позвонками. Всего человеческий позвоночник имеет 23 диска. Диск имеет слегка выпуклую форму в виде двояковыпуклой линзы. Диски несколько шире, чем площадки смежных позвонков, отчего они в норме несколько выступают за их края.

Диск состоит из следующих трех составных частей: студенистого вещества, занимающего центральную часть диска и обладающего эластичной упругостью, фиброзного кольца и гиалиновой хрящевой пластинки. Студенистое вещество меньше половины поперечного сечения всего диска и к старости уменьшается в размерах, а за счет фиброзного кольца — второй составной части диска — весь диск становится плотнее.

Фиброзное кольцо состоит из плотных соединительно-тканных пучков, концентрически располагающихся вокруг студенистого ядра, причем имеется постепенный переход по плотности от студенистого ядра к периферическим отделам фиброзного кольца. Третьей составной частью диска является гиалиновая хрящевая пластинка, которая ограничивает весь диск сверху и снизу, отделяя ткани диска от верхних и нижних площадок прилегающих позвонков. Замыкающая пластинка на 3—6 мм не доходит до наружного края позвонка, и периферические круги фиброзного кольца не покрыты хрящевыми гиалиновыми пластинками и непосредственно срастаются с костной тканью позвонка. Диски не содержат ни сосудов, ни нервов, получая питание из тел позвонков и связок путем диффузии и осмоса.

Передняя продольная связка начинается от затылочной кости и тянется вдоль всего позвоночника по передней и в какой-то мере по боковым его поверхностям, вплоть до крестца. Передняя продольная связка не представляет собой сплошного тяжа, а прерывается, распространяясь максимум на 5 соседних позвонков. Она очень плотно соединена с телами позвонков, образуя местами их надкостницу, и очень рыхло соединена с межпозвонковыми хрящами. Связка как бы перепрыгивает через диск, что дает возможность при дегенеративных процессах в межпозвонковых хрящах выпячиваться измененному диску вперед и в стороны за пределы тел позвонков.

Задняя продольная связка лежит в позвоночном канале, выстилая задние поверхности тел позвонков и дисков, и состоит из более длинных (поверхностных) и более коротких (глубоких) пучков. В противоположность передней продольной связке она плотнее соединена с дисками и перескакивает через тела позвонков, рыхло с ними соединяясь. Обе продольные связки снабжены сосудами и нервами и при воспалительных процессах являются источниками боли.

Желтые связки соединяют дужки позвонков и суставные отростки. Они при своей эластичности сближают позвонки, не давая студенистому ядру увеличивать расстояние между позвонками. Таким образом, желтые связки обеспечивают упругость позвоночного столба. Вся система продольных связок и сложного устройства межпозвоночных дисков амортизирует подвижность позвоночника, обеспечивая его статику и динамику. Большое физиологическое значение имеет студенистое ядро, которое благодаря своей эластичности и упругости противодействует сближению позвонков друг с другом.

Возрастные изменения позвоночника

Что же происходит при изнашивании и старении межпозвоночных дисков? Диски со временем теряют влагу, высыхают, в них появляются структурные изменения в виде разрывов, трещин и щелей, идущих во всех направлениях. Первым разрушается студенистое вещество, затем — фиброзное кольцо и в последнюю очередь — замыкающие пластинки.

Деструктивные изменения в фиброзном кольце (дискоз) ведут также к разрыхлению и сморщиванию его, что, в свою очередь, вызывает чрезмерную

подвижность позвонка, его соскальзывание (спондилолистез), хотя и незначительное, но достаточное для того, чтобы произошло сужение межпозвонкового отверстия и сдавление проходящего здесь спинального корешка.

Рыхлый распавшийся диск легко выдавливается наружу за пределы позвонков и, перестраиваясь, образует костные разрастания на телах позвонков, что вместе со вторичными изменениями в продольной передней связке при ее обызвествлении у места прикрепления к телу позвонка дает картины «клювов» и «ушек», хорошо видимых на рентгенограмме и носящих название деформирующего спондилеза. Одним из признаков остеохондроза, устанавливаемых на рентгенограмме, является снижение высоты диска (межпозвоночного хряща), то есть сужение щели между двумя соседними позвонками.

Выдавливание дисковой ткани и выпадение пульпозного ядра могут происходить кзади, что способно обусловить не только корешковый синдром, лежащий в основе седалищной невралгии, но и длительное нарушение питания передних рогов спинного мозга и боковых или задних столбов за счет сдавления спинальных артерий и вен. Ведущим симптомом поясничного остеохондроза является боль в поясничной области и по всей ноге. Заболевание может подкрадываться незаметно, постепенно, но может начаться внезапно и остро, на подготовленной почве, при резком натуживании, например, при подъеме непосильного груза или неудобном повороте. При этих условиях больной, согнувшись, не может разогнуться из-за сильной боли, и такое состояние острой боли может продолжаться несколько часов или даже дней.

Клиническая картина

В зависимости от того, какой спинальный корешок ущемился, боль может держаться в пояснице или простреливать по ноге. Поясничную боль называют прострелом (люмбаго), и в некоторых наблюдениях она является следствием выполнения непривычной физической работы (в неудобной позе) за счет мышечного переутомления, возможно, в связи с возникающим межмышечным отеком, растяжением сухожилий и продольных связок, которые иннервируются симпатическими волокнами. Такого характера поясничные боли (симпаталгии) длятся недолго, но они легко рецидивируют при новых неблагоприятных условиях.

Часто рецидивируют и корешковые остеохондрозные боли, если не удается устранить причину, их вызывающую. Если острая боль не ликвидирована полностью, она может приобрести затяжной характер с различной, но непостоянной интенсивностью. При удобном положении в постели боли могут затихнуть, почти исчезнуть, с тем чтобы возобновиться при движениях, ходьбе, кашле, чиханье. Иногда боли не дают больному покоя по ночам. Они могут быть слабыми, не нарушающими работоспособности больного, и столь резкими, что больной не в состоянии ходить, сидеть, даже поворачиваться в постели: при этом он сохраняет наиболее удобную позу на боку, спине, иногда — в коленно-локтевом положении.

Болезненность выявляется или обостряется при давлении на паравертебральные точки нижних поясничных позвонков, при сгибании туловища вперед и в стороны, при попытке сесть в кровати с вытянутыми ногами. В последнем случае при сгибании туловища может быть отмечено рефлекторное сгибание в коленном суставе одной или обеих ног (симптом посадки). То же самое можно отметить при пригибании головы к груди (симптом Нери). При вовлечении в патологический процесс ствола седалищного нерва боли отмечаются по задней поверхности ноги и усиливаются при надавливании на нерв — по средней линии между большим вертелом бедра и седалищным бугром, в подколенной впадине и у наружного мыщелка. По опыту зная это, больной садится на твердый стул только здоровой ягодицей, расслабляя одновременно с этим мышцы больной ноги.

Диагностика

Большое диагностическое значение имеет симптом натяжения нерва, или симптом Ласега, который состоит в следующем. У лежащего на спине больного берут разогнутую в колене больную ногу за стопу и поднимают вверх, вследствие чего седалищный нерв натягивается и появляется сильная боль по длиннику нерва, отдающая в поясницу. Но стоит только ногу согнуть в колене, как боль прекращается, так как натянутый до этого нерв расслабляется. Объективным симптомом седалищной невралгии является дряблость мышц на больной ноге, что лучше всего определяется сравнительным ощупыванием ягодичных и икроножных мышц на здоровой и больной ногах и что хорошо заметно по более низкому стоянию ягодичной складки на больной ноге. Иногда наблюдается и рефлекторное, анальгетическое (противоболевое) искривление позвоночника (сколиоз) в сторону здоровой (реже больной) ноги с одновременным напряжением мышц спины на одной стороне. В редких случаях больной произвольно меняет направление сколиоза, что носит название альтернирующего сколиоза. Сколиоз определяется по выпуклой его стороне; так, левосторонний сколиоз будет выпуклостью влево.

Может наблюдаться снижение или даже выпадение ахиллова рефлекса на больной стороне, понижение чувствительности на наружной поверхности голени, что может указывать на дегенеративный процесс в корешках или стволе нерва. Справедливость диагноза подтвердит рентгеновский снимок с изображением остеохондроза или спондилолистеза.

Для выявления грыжевидного выпячивания пульпозного ядра или фиброзного кольца прибегают к томографии позвоночника или к специальному исследованию с эндолюмбальным введением контрастного вещества и с последующей рентгенографией. Это исследование проводят обычно в тех случаях, когда речь идет о возможном хирургическом вмешательстве.

Воспалительный процесс в межпозвонковых суставах и связках, в результате которого наступает тугоподвижность, а затем и полная обездвиженность позвоночника, то есть анкилозирующий спондилоартрит (рентгенологически — так называемая бамбуковая палка) с одновременным поражением проксимальных суставов конечностей, на определенном этапе своего развития протекающий с болевым синдромом (болезнь Бехтерева — своеобразный тип ревматоидного артрита).

Полиневриты и полирадикулоневриты

Клиническая картина

Полиневрит — множественное воспаление нервов. Причиной такого разлитого поражения нервов могут быть инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ и длительные, сильные стрессовые состояния. Заболевание может начинаться остро и постепенно. Общая для всех полиневритов клиническая картина складывается из симметричных поражении нервов ног и рук с преобладанием симптомов в их дистальных отделах. Больной, обладающий удовлетворительной силой движений в плечевых суставах, не может противостоять силе исследующего при движении в локтевых суставах, а в лучезапястных совсем не может совершить произвольного движения кистью. Таким же нарастанием к дистальным отделам характеризуется и расстройство всех видов чувствительности, и мышечные похудания, и трофические расстройства. Сухожильные рефлексы угасают, тазовые функции не расстраиваются.

Интересно отметить, что при полиневритах могут встретиться формы с преимущественным поражением либо двигательных, либо чувствительных волокон периферических нервов. В первом случае преобладают параличи и атрофии, во втором — на первый план выступают расстройства чувствительности, особенно глубокой, что ведет к нарушению движений по типу атаксии. Боль по длиннику пораженных нервов, возникающая самостоятельно и при надавливании на нервные стволы, является спутником полиневрита.

Как правило, имеются вегетативные расстройства: похолодание конечностей, цианоз, отечность и потливость стоп и кистей, иногда сухость кожи и ломкость ногтей, особенно выраженные при мышьяковом полиневрите. Черепные нервы в большинстве случаев остаются не вовлеченными в процесс.

Однако нужно помнить о возможном поражении обоих лицевых нервов и о поражении блуждающего нерва, связанного с работой сердца и дыхания. Интересно и важно отметить, что при дифтерийном полиневрите весь процесс начинается с поражения черепных нервов. Обычно наблюдается паралич мягкого неба (гнусавая речь, дисфагия) и паралич аккомодационной мышцы глаза. Больной, обладая хорошим зрением, перестает различать предметы, близко около него стоящие, не может читать (сливаются буквы). Периферические нервы ног поражаются резче, чем рук.

Если поражение периферических нервов при полиневрите не зашло очень далеко, то прогноз заболевания благоприятен, и хотя больной почти совсем не владеет конечностями, надежды на выздоровление терять не нужно. Но на это требуется много времени. Нерв восстанавливается очень медленно (при полной его гибели, чего, правда, при полиневрите почти не бывает, — по 1 мм в сутки). Как правило, восстанавливается сначала функция проксимальных, а затем дистальных отделов конечностей, так как длина нервов, иннервирующих дистальные отделы, то есть кисти и стопы, наибольшая.

Симптомы поражения блуждающего нерва

При поражении блуждающего нерва, что часто ведет к воспалению легких, общая клиническая картина очень тяжелая (резкая одышка и сердцебиение). Заболевание протекает бурно и быстро заканчивается гибелью больного. В тех случаях, когда клиническая картина полиневрита не укладывается в поражение одних лишь периферических нервов, а воспалительные изменения можно предполагать также и в корешках спинного мозга, говорят о полирадикулоневрите. Для некоторых полирадикулоневритов характерно преимущественно проксимальное поражение конечностей и выраженная белково-клеточная диссоциация в спинно-мозговой жидкости, которая появляется уже в первые дни болезни и держится несколько месяцев. Заканчивается заболевание обычно благоприятным исходом (форма Гийена—Барре). Иногда полирадикулоневрит может развертываться по типу восходящего паралича Ландри, то есть протекать крайне остро, давать параличи ног, затем туловища, рук и, наконец, черепных нервов и их ядер, что ведет к смерти.

Головная боль

Одна из самых распространенных жалоб пациентов — головная боль. Несмотря на то, что современная медицина достаточно много знает о причинах и методах лечения головных болей, врачи все еще далеки от понимания всех тайн внутренней работы мозга. Однако в одном можно быть уверенным — страдающие головной болью не одиноки в своем несчастье: мало кто никогда не испытывал головной боли. Для большинства людей головная боль является лишь временной неприятностью. Но у некоторых головные боли бывают очень сильными, хроническими и даже вызывают потерю трудоспособности. Головные боли не видны окружающим людям, и по этой причине они могут утверждать, что хроническая головная боль страдающих ею — «только в их головах». Несмотря на то, что иногда бывает чрезвычайно трудно диагностировать точную причину головной боли, будьте уверены: боль, которую вы чувствуете, несомненно реальна.

Этиология

Что собой представляет головная боль? Если коротко, то головная боль — это боль в голове, лице или шее. Она может вызывать пульсирующее, ломящее, колющее или

жгучее ощущение. О причинах головной боли ведется много споров. Всего лишь пятьдесят лет назад мигрень считалась исключительно психосоматическим расстройством. Позднее ученые обнаружили, что головные боли вызываются мышечным напряжением, патологическими васкулярными изменениями (расширением и сужением кровеносных сосудов) головы.

Сегодня врачи и ученые считают, что могут существовать и другие причины головных болей. Неприятные ощущения, вызываемые сужением или расширением кровеносных сосудов, могут быть всего лишь симптомом биологической аномалии мозга. Люди с хроническими головными болями, особенно мигренью, могут быть предрасположены к ним вследствие нарушений в работе некоторых химических веществ мозга.

Серотонин — вещество мозга, напрямую связанное с головной болью. Он действует как химический посредник и влияет на сон, настроение и расширение кровеносных сосудов. Если его запасы истощаются, может начаться мигрень. Иногда количество серотонина само по себе не является проблемой; чаще определенные ферменты разрушают серотонин и понижают его уровень. Или рецепторы, которые обычно присоединяют и высвобождают серотонин, могут иметь дефекты и не высвобождать достаточного количества серотонина в кровь.

Исследование головных болей строится на изучении специфических рецепторов захвата серотонина и определении его уровня в мозге. Однако действительная физиологическая причина головных болей все еще остается не вполне ясной. Известно, что мышечные и патологические васкулярные изменения вызывают боль и что на эти изменения могут влиять, а могут и не влиять определенные химические соединения. Однако внешние факторы, которые, по всей вероятности, провоцируют головные боли, лучше изучены, чем физиологические.

Типы головных болей

Не все головные боли одинаковы, некоторые относительно слабы, другие очень сильны. Часть из них является результатом страха или голода, другая часть связана со скрытой или появившейся болезнью, например артритом. Ниже следует краткое описание различных головных болей, но только врач может сказать, от какого типа головной боли страдает пациент. Однако это описание может дать представление о различных вариантах головной боли.

I. Головная боль напряжения является, по-видимому, самой распространенной. Ее вызывает напряжение мышц головы и шеи. Головная боль напряжения ощущается как генерализованная тупая боль или как будто голова зажата в тиски, а не как пульсирующая боль. Она не связана ни с какими скрытыми болезнями. Головные боли напряжения могут быть или острыми (эпизодическими), или хроническими (периодически повторяющимися). Острые головные боли напряжения могут вызываться недавним стрессом или переутомлением. Хронические же могут быть результатом глубоко укоренившейся депрессии или других психологических проблем.

II. Гипертонические головные боли обнаруживаются у людей с высоким кровяным давлением. Они обычно сильнее всего по утрам и затихают в течение дня. Боль сжимающая, или генерализованная, иногда вызывает ощущение «плотной повязки» на голове.

III. Мигренозный тип головной боли. Мигрень — васкулярная головная боль (то есть связанная с расширением кровеносных сосудов). Симптомы мигрени не ограничиваются болью в голове, ее приступы могут включать также тошноту, рвоту, головокружение, онемение и зрительные расстройства. Мигренозные головные боли поражают только одну сторону или одно специфическое место головы, например глаз или висок. Никто до конца не понимает причины мигрени, однако это широко

распространенное заболевание; женщины составляют 75% страдающих мигренью. Предрасположенность к мигрени, по-видимому, передается по наследству — подавляющее большинство страдающих мигренью имеют родственников, тоже мучающихся от нее.

IV. Кластерные головные боли обычно поражают мужчин, которые составляют 90% страдающих. Боль чрезвычайно мучительна и характерна тем, что заставляет пациентов биться головой о стену и даже задумываться о самоубийстве. Большинство жертв кластерной головной боли — курильщики. Подобно мигрени, кластерные головные боли локализованы и имеют тенденцию поражать только одну часть головы. Они могут ограничиваться, например, только областью глаза. Интенсивность и характер боли, однако, отличаются от боли при мигрени — она бывает жгучей, сверлящей или мучительной, пульсирующей. Закладывает нос, или появляется насморк, затрагивающий только одну ноздрю. Один глаз наливается кровью и слезится. Кластерные головные боли могут продолжаться на протяжении 20 мин, но возобновляться несколько раз в сутки, и так день за днем — неделями. Боль может внезапно исчезнуть и не появляться очень долго, а вернуться лишь спустя несколько месяцев или даже лет. Нет никаких предвестников, предупреждающих человека о приближающемся приступе кластерной головной боли.

V. Менструальная головная боль похожа на мигрень. Она случается в начале, во время или после овуляции и исчезает по мере продолжения или по окончании менструального периода. Регулярное ежемесячное появление является самым важным диагностическим признаком менструальной головной боли.

VI. Нагрузочный тип головной боли. Головная боль усилия появляется после некоторых видов физических нагрузок, включая секс. У некоторых людей кашель или смех также могут вызывать головную боль усилия. Около 10% мучающихся ею на самом деле страдают от скрытой физической болезни, например опухоли или аневризмы, и должны немедленно обратиться к врачу.

VII. Окклюзионный тип головной боли. Синусные головные боли вызываются закупоркой околоносовой пазухи, ставшей неспособной к дренированию вследствие инфекции.

VIII. Воспалительный тип головной боли. Височный артериит поражает главным образом людей около пятидесяти лет и старше и вызывается воспалительным процессом в артериях головы и шеи. Боль ощущается как жгучая или пронзающая. Височный артериит — редкая, но потенциально опасная болезнь, которая может привести к параличу или слепоте. Она требует незамедлительного лечения.

IX. Суставной тип головных болей. Головная боль синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава развивается при возникновении патологии этого сустава. Причиной болей могут быть неровная линия зубного ряда, неправильный прикус или зубное трение. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава может вызывать различные симптомы и боли. Головные боли — одни из самых распространенных среди них.

X. Сосудистый тип головной боли. Головная боль с похмелья связана с употреблением алкоголя, расширяющим кровеносные сосуды мозга и окружающих тканей. Пульсирующая боль имеет сходство с болью мигрени. Головные боли с похмелья часто сопровождаются чувством тошноты.

XI. Кофеинзависимый тип головной боли. Кофеин — вещество, находящееся во многих продуктах и напитках, — сужает кровеносные сосуды. Многие люди, не выпив утром своей обычной чашки кофе или других напитков, содержащих кофеин, страдают затем от головной боли, вызванной привыканием к кофеину. Ее причиной является эффект бумеранга, действующий на кровеносные сосуды, которые расширяются в ответ на нехватку кофеина. Это расширение и вызывает головную боль.

XII. Неопластический тип головной боли. Хотя почти каждый, страдающий от головной боли, немедленно начинает подозревать опухоль мозга, на самом деле это бывает редко. Только у 0,1—0,5% пациентов, жалующихся на головные боли, обнаруживаются скрытые опухоли мозга. Симптомы головной боли при опухоли мозга включают усиливающуюся со временем боль, часто сочетающуюся с рвотой «фонтаном», нарушениями речи и зрения, проблемами координации и равновесия, припадками.

XIII. Другие типы головных болей, которые поражают людей, связаны с травмами, голодом, лихорадкой, артритом и астенопией (быстрой утомляемостью глаз). Травматическая головная боль (вызываемая ударом по голове) может казаться похожей на мигрень, но она стойко держится ежедневно и плохо поддается лечению. Голодные головные боли приурочены ко времени обычного приема пищи, когда уровень сахара в крови понижается и в ответ происходит расширение кровеносных сосудов головы. Артрит может быть причиной головной боли вследствие воспаления суставов и мышц головы или шеи. Боль усиливается при движении. Астеническая головная боль обычно бывает тупой или ломящей, локализуется в передней части головы и связана с проблемами зрения, например астигматизмом.

Дискинезии

Пассивные движения. Мышечный тонус

Ограничение и даже невозможность движений могут зависеть от заболеваний суставов. При воспалениях суставов затруднения в движениях зависят от болезненности их; даже ощупывание сустава часто оказывается болезненным. При хроническом воспалении какого-либо сустава нередко наблюдается рефлекторно наступающая атрофия мышц, разгибающих пораженный сустав (артрогенная атрофия), которая имеет характер простой атрофии, то есть не сопровождается реакцией перерождения и фибриллярными подергиваниями. Ограничение подвижности или полная неподвижность в суставе может зависеть также от анкилоза последнего. Характерно, что при неполном анкилозе, когда движения в некотором объеме возможны, совершенно свободное вначале движение вдруг наталкивается на непреодолимое препятствие. Наконец, ограничение пассивных движений может быть обусловлено рубцовым сморщиванием и укорочением мышц и сухожилий после их ранений, миозитов, воспаления сухожилий и их влагалищ. Ощупывание мышц и сухожилий в таких случаях выясняет природу ретракции.

Исследование движений и мышечного тонуса

Для того чтобы обнаружить нарушение пассивных движений, их последовательно исследуют во всех суставах в полном объеме, предлагая больному не препятствовать и не содействовать производимым движениям. В противоположность указанной группе расстройств пассивных движений, не находящихся в прямой зависимости от изменений в нервной системе, наблюдаются нарушения пассивных движений, зависящие от патологических изменений нервной системы, что связано с нарушением тонуса скелетных мышц. Различают тонус контрактильный, отражающий степень деятельного состояния периферического двигательного нейрона, и пластический, отражающий состояние внутренней среды мышц. Мышечный тонус определяют при помощи пассивных движений, производя их во всех суставах и во всех возможных направлениях, оценивая сопротивление, оказываемое растягиваемой мышцей, а также путем ощупывания мышц. Изменения тонуса могут происходить в направлении его понижения — гипотонии, доходящей иногда до степени атонии, и в направлении его повышения — гипертонии.

Варианты нарушения мышечного тонуса

Гипотонус

Гипотоничные мышцы вялы, дряблы на ощупь, брюшко длинных мышц при этом слабо выделяется. При пассивных движениях исследующий не испытывает никакого сопротивления. В суставе ощущается разболтанность. Часто движения производятся в объеме, значительно превышающем нормальный. Гипотония наступает при поражении периферического двигательного нейрона или задних корешков, так как в этом случае невозможно осуществление рефлекса на растяжение, а также при поражениях мозжечка, влияющего на состояние клеток передних рогов через проводящие нервные волокна.

Гипертонус

Поражение пирамидных путей, наоборот, ведет к повышению рефлекторного контрактильного тонуса — гипертонии. При гипертонии мышцы становятся плотными, иногда до консистенции фиброзной ткани, движения производятся с трудом, и исследующий испытывает весьма характерное пружинящее сопротивление вслед за толчком, ощущаемым в той или иной фазе движений. Чем резче и сильнее производимое пассивное движение, тем больше это сопротивление. Такое пирамидное повышение тонуса называется спастичностью.

Гипертония при повышении пластического тонуса

Совершенно другой характер имеет гипертония при повышении пластического тонуса. Здесь сопротивление мышцы растяжению с начала и до конца равномерное, а не пружинящее. Быстрота и резкость пассивного движения не влияют на степень сопротивления растягиваемой мышцы. Мышца теряет свою эластичность. Получается впечатление, будто растягивается какая-то восковидная масса. Иногда на фоне равномерно затрудненного пассивного движения наблюдаются прерывистые задержки, вследствие которых конечность движется толчкообразно, и кажется, что поверхность движущегося сустава не гладкая, а зубчатая — так называемый феномен зубчатого колеса. Мышца приспосабливается к любому состоянию и застывает в нем; она патологически пластична.

Повышение пластического тонуса наступает при поражении главным образом подкорковых образований. Это повышение пластического тонуса называется ригидностью. Таким образом, следует различать пирамидную спастичность и экстрапирамидную ригидность. Резко выраженная ригидность может вести к каталепсии, когда больной неопределенно долгое время сохраняет приданное ему, часто неудобное положение (восковая гибкость). Иногда тонус (контрактильный или пластический) повышается настолько, что его не удается преодолеть (активная контрактура).

Изменения тонуса могут диффузно охватывать всю мускулатуру, но могут ограничиться и отдельными группами мышц. Поэтому, кроме степени и характера изменений тонуса, необходимо указывать и их локализацию (в мышцах руки или ноги, в сгибателях или разгибателях). Пирамидная гипертония, например, обычно локализуется в сгибателях и пронаторах руки и разгибателях ноги, а экстрапирамидная равномерно захватывает как сгибатели, так и разгибатели.

Активные движения. Координация движений

Полная невозможность произвольных движений называется параличом, а ослабление их — парезом. По распределению параличей и парезов различают следующие формы их: моноплегию, когда поражается только одна конечность; параплегию, когда одновременно парализованы либо обе руки, либо обе ноги; гемиплегию, когда парализованы конечности на одной стороне тела; тетраплегию, когда парализованы все четыре конечности. В случаях, когда имеет место не только паралич конечностей, но и

поражение черепных нервов, говорят о диплегии, то есть о двойной гемиплегии.

Перекрестным, или альтернирующим, параличом называют паралич каких-либо черепных нервов на одной стороне при параличе конечностей на другой или паралич руки на одной стороне, а ноги — на другой. При поражении двигательных путей одновременно с параличом наступает изменение контрактильного тонуса. При поражении центрального двигательного нейрона возникает паралич спастический, при поражении периферического двигательного нейрона — паралич атонический с атрофией парализованных мышц.

Исследование активных движений

При исследовании активных движений определяют их объем, силу и скорость. Объем определяется величиной угла, до которого возможно движение. Силу исследуют двумя способами: статическим и динамическим.

В последнем случае больной активно сопротивляется усилиям исследующего изменить положение исследуемой части тела при сопротивлении исследующего. Ввиду того что результаты оценки статической и динамической силы какой-либо мышцы при некоторых поражениях экстрапирамидной и мозжечковой системы могут не совпадать, желательно исследовать силу обоими способами. Исследуя силу правой и левой стороны при одностороннем поражении конечностей, приблизительно определяют степень ее понижения.

Механизм мышечных движений

Выполнение каждого движения осуществляется с участием определенной совокупности мышц. Одни из них, агонисты, производят движения в том или ином суставе; другие, синергисты, сокращаясь сопряженно, фиксируют части тела, служащие опорой для производимого движения; третьи, антагонисты, влияют на ход движения, действуя в противоположном направлении.

Каждая мышца участвует в совокупном действии с определенной силой и вступает в действие в строго определенное время. Порядок (координация), в котором участвует в последовательно развертывающемся движении каждая мышца, регулируется мозговой корой совместно с подкорковыми узлами и мозговым стволом. Ко всем этим образованиям все время поступают сигналы о степени напряжения каждого отдельного мускула и их многочисленных группировок, о положении в каждый данный момент частей тела, о скорости происходящих движений. Эти сигналы передаются с рецепторов скелетно-мышечной системы (проприорецепторов), вестибулярной системы и от органов зрения.

Механизм координации движений

Кроме того, в построении двигательных актов принимает участие мозжечок, внося поправки, необходимые для сохранения равновесия, а также поправки на инерцию движущихся масс. Координация нарушается при отсутствии или недостаточной точности сигналов с перечисленных рецепторов, особенно с проприорецепторов (например, при поражении задних столбов или периферических нервов), а также от вестибулярного аппарата. Поражение мозжечка и связанных с ним через кортико-мосто-мозжечковые пути лобных и височных долей также ведет к координационным расстройствам.

Нарушение координации движений

Двигательная атаксия

Нарушения координации называются атаксией. Она может быть динамической и статической. Динамическая атаксия проявляется в неточности и несоразмерности движений. Если атаксия достигает значительной степени, то она легко обнаруживается

при обычных действиях больного: пытаясь застегнуть пуговицу, завязать шнурок, больной производит лишь ряд неловких, не достигающих цели движений; желая напиться, он расплескивает воду из стакана; у таких больных резко меняется походка.

Статическая атаксия

Статическая атаксия проявляется в невозможности сохранять равновесие, особенно в неустойчивых положениях. Для обнаружения статической атаксии больному предлагают уменьшить площадь опоры, сдвинув ноги так, чтобы не только пятки, но и носки обеих ног были сближены. Различают несколько видов атаксии. При атаксии, обусловленной расстройством глубокой чувствительности или поражением вестибулярного аппарата, зрение в значительной мере компенсирует выпавшие импульсы, и потому больной довольно хорошо выполняет координационные пробы под контролем зрения, при закрытых же глазах нарушение их проявляется отчетливо. Больной может стоять со сдвинутыми ногами, не пошатываясь, но, как только закроет глаза, теряет равновесие, шатается и может упасть (симптом Ромберга). Чувство пассивных движений при спинальной атаксии нарушено. В отличие от этого при мозжечковой атаксии больной почти одинаково плохо выполняет координационные пробы как при открытых, так и при закрытых глазах.

Синкинезии

Синкинезиями, или содружественными движениями, называются движения, непроизвольно присоединяющиеся к произвольным движениям, дополняющие их. Так, например, при ходьбе движения ног и туловища дополняются движениями рук, при сжатии кисти в кулак происходит разгибание ее в лучезапястном суставе, при наклоне туловища назад происходит сгибание в коленных и голеностопных суставах. Все это — нормальные дополняющие движения, имеющие физиологическое значение.

Наряду с этим наблюдаются содружественные движения как результат недостаточной концентрации процесса возбуждения, иррадиирующего на корковые области, которые не должны принимать участия в осуществлении данного двигательного акта. Особенно отчетливо они проявляются у детей. Так, например, производя какие-либо действия рукой, ребенок сопровождает их движениями языка, губ. Постепенно излишние движения затормаживаются.

Патологические синкинезии

В патологических случаях могут исчезать нормальные синкинезии (синергии) и появляться патологические, возникающие вследствие нарушения выработанной на практике дифференцировки в моторных актах, осуществляемых мозговой корой. К первой группе расстройств относится исчезновение содружественных движений рук при ходьбе, наблюдаемое при поражении подкорковых узлов. Сюда же относится асинергия, то есть исчезновение содружественных движений при поражении мозжечка.

Виды патологических синкинезий

Различают три группы патологических синкинезий: координационные, имитационные и глобальные.

I. Координационные синкинезии заключаются в том, что движения, которые больной не может выполнить изолированно, выполняются, когда они входят в целостную двигательную синергию, но при этом они уже не могут быть произвольно задержаны.

II. Имитационные синкинезии наблюдаются редко. О них говорят, когда на больной стороне содружественные движения совершенно тождественны движениям здоровой стороны или одна больная конечность повторяет движение другой, например

сгибание руки вызывает сгибание ноги. Имитационные синкинезии наблюдаются в тех случаях, когда наряду с пирамидным путем поражаются и другие образования, главным образом экстрапирамидные узлы и зрительный бугор.

III. Глобальные, или спастические, синкинезии наблюдаются при спастических гемиплегиях. У таких больных всякие попытки к движению больными конечностями вызывают обычно сгибательную синергию в руке и разгибательную в ноге, то есть усиливают тот тип контрактуры, который характерен для пирамидной гемиплегии. При попытке произвести изолированное сгибание или разгибание в локтевом суставе сразу наступает общая сгибательная синергия руки: плечо приподнимается и отводится, предплечье сгибается и пронируется, кисть сгибается, нога разгибается во всех суставах. Значительно реже наблюдаются обратные типы синкинезий, то есть разгибательная в руке и сгибательная в ноге.

Гиперкинетические состояния

Гиперкинезами называются измененные движения, лишенные физиологического значения, возникающие непроизвольно или насильственно. Происхождение их различно, а объединение в общую группу искусственно. К гиперкинезам относятся судороги, атетоз, торсионный спазм, хореический гиперкинез, миоклония, дрожание, тик.

Судороги

Судороги, или непроизвольные сокращения мышц, могут быть двух типов: клонические и тонические.

Клонические судороги представляют собой быстро следующие одно за другим кратковременные сокращения и расслабления мышц, в результате чего охваченная ими часть тела совершает довольно объемистые, более или менее ритмичные движения.

Тонические судороги, наоборот, заключаются в длительном сокращении мышц, и вызванное ими вынужденное напряженное положение часто остается надолго. Таким же длительным равномерным напряжением сократившейся мышцы характеризуются и тетанические судороги. Наступление их вызывается не однократным импульсом, а серией отдельных импульсов. Вследствие того что эти импульсы следуют очень быстро один за другим, мышца не успевает расслабиться.

Тонические и тетанические судороги характерны для возбуждения подкорковых образований, а клонические — для возбуждения коры головного мозга. Возбуждение двигательной области, дающее судорогу, может быть вызвано рефлекторно с периферии. Так, например, раздражение чувствительного нерва (рубец после травмы) нередко ведет к приступам судорог в соответствующей области. Судороги обычно наступают приступообразно, но бывают и постоянными.

Различают локализованные и общие судороги. Иногда, начавшись в одной группе мышц, они распространяются на другие и могут сделаться общими, генерализованными. Для клонических судорог характерно распространение по мышцам в той же последовательности, в которой располагаются соответствующие им области двигательного анализатора в передней центральной извилине, то есть соответственно иррадиации возбуждения по коре. Например, начавшись с лица, судорога переходит на пальцы, кисть, предплечье и дальше на ногу. Такой тип судорог, наступающих обычно в виде припадков, называется очаговой, или джексоновской, эпилепсией. Вследствие двусторонней иннервации верхней лицевой и жевательной мускулатуры при одностороннем раздражении передней центральной извилины наблюдаются судороги в мышцах лба, глаз и жевательных мышцах с обеих сторон.

Насильственные движения

Атетоз, торсионный спазм и хореический гиперкинез представляют собой

насильственные движения, в основе которых лежит поражение подкорковых узлов, а именно — полосатого тела. Встречаясь при поражениях различного характера, они составляют основной симптом многих заболеваний. Здесь необходимо подчеркнуть, что в полосатом теле имеется соматотопическое деление, то есть определенные участки его имеют отношение к определенным частям тела. Поэтому поражение, захватывающее лишь часть полосатого тела, может вызвать гиперкинез в ограниченных участках тела, например только в ногах, в одной руке. Для всех этих гиперкинезов характерно то, что они усиливаются под влиянием эмоций и различных внешних и внутренних раздражений; во сне все они прекращаются.

Миоклония

Быстрые подергивания отдельных мышечных групп или даже отдельных мышц называются миоклонией. На секции при этом заболевании часто находили изменения в зубчатом ядре мозжечка, нижних оливах и в центральном пучке покрышки. Миоклонию связывают также с заболеванием полосатого тела.

Фибриллярные и фасцикулярные подергивания

Процессы в передних рогах спинного мозга, раздражая периферический двигательный нейрон, часто приводят к быстрым подергиваниям отдельных мышечных волокон — фибриллярным подергиваниям. При раздражении передних корешков чаще наблюдаются подергивания целых мышечных пучков — фасцикулярные подергивания.

Тремор

Тремором (дрожанием) называют различные по существу, но внешне сходные непроизвольные ритмичные колебания конечностей, головы или даже всего тела, нарушающие как статику, так и плавность целенаправленных движений. Эти колебания происходят или вследствие попеременного сокращения антагонистически действующих мышц, или вследствие попеременного напряжения их тонуса. Дрожание может различаться по ритму (медленное, быстрое), амплитуде (крупное, мелкое) и локализации.

Среди многих форм дрожания можно выделить три следующих основных типа.

I. Тремор при дрожательном параличе и энцефалитическом паркинсонизме особенно часто локализуется в кистях рук и бывает очень своеобразным: вследствие ритмических (5—6 колебаний в секунду) сгибательных движений пальцев при противопоставленном большом пальце создается впечатление, будто больной скатывает шарик или скручивает нитку. Для этого тремора характерно прекращение или ослабление его во время произвольных движений. Зависит он от поражений в области подкоркового миостатического аппарата. Вероятно, близким к этому виду тремора по условиям возникновения является размашистое качание при гепатолентикулярной дегенерации.

II. Интенционный тремор при рассеянном склерозе характеризуется тем, что обнаруживается при произвольных движениях и выражен тем сильнее, чем большая точность требуется для их выполнения, а значит, чем большее участие принимает в них мозжечок. Интенционный тремор является выражением запаздывания поступления мозжечковых импульсов к антагонистам действующей мышцы.

III. Статический тремор наблюдается при ряде заболеваний токсического характера, при гипертиреоидизме, гиперадреналинемии, алкоголизме, утомлении, общей слабости. Для обнаружения тремора больному предлагают вытянуть руки и расставить пальцы. Рано начинает проявляться тремор в почерке. Тремор удобно изучать кимографически.

Тики

Тиком называют быстрые, стереотипно повторяющиеся подергивания определенных групп мышц. Эти подергивания сходны с произвольными

целенаправленными движениями. Особенно часты они на лице и напоминают гримасы. Обычно больной производит лишь одно какое-либо движение, иногда же разнообразные подергивания следуют одно за другим без определенной последовательности: больной то несколько раз мигнет, то поднимет и нахмурит брови, подергает носом, губами, прищелкнет языком, произведет жевательные движения. Нередкой формой тика является своеобразное движение головой в стороны и вверх, какое делает человек, желающий освободиться от тесного воротника.

Тики относятся к насильственным движениям. Подобно тому как легкое раздражение кожи, вызывая зуд, неудержимо влечет за собой чесание, хотя от этого можно некоторое время удерживаться, так и легкое раздражение в проприорецепторах вызывает неудержимую потребность произвести мышечное сокращение, хотя и от него можно некоторое время воздерживаться. Иногда тикозные сокращения возникают как движение освобождения от неприятного кожного ощущения (тесный воротник).

Возникновение тика может быть связано с какими-то периферическими раздражениями, но он может возникнуть и психогенно, во время какой-либо напряженной эмоции или в результате подражания. В дальнейшем тикообразное движение фиксируется благодаря развитию очагов застойного возбуждения в определенных пунктах двигательного анализатора. Вот почему склонность к тикам часто сочетается со склонностью к различным навязчивым состояниям — в основе тех и других лежит патологическая инертность нервных процессов.

Спастический и вялый параличи

Механизм формирования произвольных движений

Хотя человек и может по своему желанию двигать конечностями, управлять мышцами, однако все эти произвольные движения детерминированы, подчинены условиям внешней и внутренней среды; они, несмотря на их произвольность, обусловлены. Для точной мышечной работы необходимы постоянные сигнальные раздражения от периферических рецепторов, без чего движение не может быть хорошо выполнено, не может регулироваться. Достаточно того, чтобы проприоцептивные, а отчасти и экстерорецептивные раздражения перестали поступать в двигательный корковый анализатор, и движение при сохраненной силе мышц станет неуклюжим. И в самом деле, трудно ожидать от человека успешного движения рукой, если в кинестетические клетки коры головного мозга не поступают раздражения, сигнализирующие, в каком положении она находится в данный момент.

Произвольное движение обусловлено сложными анатомическими и физиологическими соотношениями ряда путей и подкорковых областей. Движения характеризуются не только определенной силой, но и дифференцированностью, четкостью, быстротой и ловкостью, слаженностью работы мышечных групп. Весь сложный комплекс реакций от периферического рецептора к мозговой коре и далее через кору и спинной мозг к мышце совершаются, как и все наши рефлексы, очень быстро. Ведь трудно отделить наш приказ к действию от выполнения этого действия, а предуготовленность всех мышц даже предшествует самому действию.

Произвольные целенаправленные движения не даны от рождения в законченном виде уже потому, что мозг человека продолжает развиваться после его рождения. Человек обучается им постепенно с раннего детства, закрепляя их через огромное количество повторений, создавая динамические стереотипы, образы движений, получающие значение аксиом. Чтобы убедиться в сказанном, достаточно понаблюдать за развитием двигательных навыков у ребенка. Сколько повторений необходимо, сколько настойчивости должна проявить маленькая девочка, чтобы научиться стоять на одной ножке, прыгать сначала через неподвижную, а затем через вертящуюся веревку. Что же

говорить об игре на рояле или другом музыкальном инструменте!

Совершенно ясно, что связь в двигательном анализаторе устанавливается постепенно.

Если эта связь потом постоянно в течение всей жизни расширяется и совершенствуется, естественно предположить, что и первое время индивидуального существования высших животных и особенно человека, когда последний месяцами обучается управлять своими первыми движениями, идет именно на образование этой связи.

Произвольные движения осуществляются через сегментарно-рефлекторный аппарат спинного мозга и ствола мозга, а также через систему нейронов, которые по отношению к сегментарному аппарату могут быть названы центральными нейронами.

Проводящие пути иннервации произвольных движений

Основной двигательный путь, через который осуществляется связь передней центральной извилины — коркового конца двигательного анализатора — с мышцами, состоит из двух нейронов: центрального пирамидного пути (от коры к спинному мозгу) и периферического двигательного нейрона.

Центральный пирамидный путь

Началом пирамидного пути являются преимущественно крупные пирамидные нервные клетки — клетки Беца, расположенные в 5-м слое коры передней центральной извилины. Осевоцилиндрические отростки клеток, образующих пирамидный путь, направляясь вниз, располагаются под корой в виде лучистого венца, а дальше, постепенно сближаясь друг с другом, занимают место между серыми подкорковыми ядрами, образуя заднее бедро и колено внутренней капсулы. Волокна, идущие через колено, носят название кортико-нуклеарных, или кортико-ядерных, волокон, так как они заканчиваются у ядер двигательных черепных нервов.

Волокна пирамидного пути, пройдя через заднее бедро внутренней капсулы, попадают в ножку мозга, далее в варолиев мост, продолговатый мозг, всюду располагаясь вентрально. В продолговатом мозге эти волокна занимают участок, напоминающий по форме пирамиду, что и послужило основанием назвать их пирамидным путем.

Периферический двигательный нейрон

В нижних отделах продолговатого мозга почти все кортико-спинальные волокна совершают переход на противоположную сторону спинного мозга, размещаясь в боковых его отделах и, постепенно убывая, заканчиваются в передних рогах всех сегментов спинного мозга. Волокна, не совершающие перехода на противоположную сторону, идут в передних столбах спинного мозга, также заканчиваясь в клетках передних рогов. Неперекрещивающиеся волокна служат в основном для проведения импульсов к мускулатуре, расширяющей грудную клетку при акте дыхания.

Эти мышцы, действующие одновременно с обеих сторон, получают импульсы и по перекрещенным, и по неперекрещенным путям. Не только дыхательная мускулатура, но и мышцы верхней части лица, жевательные, мышцы мягкого неба, голосовых связок, промежности — все они, будучи парными, связаны через кортико-нуклеарные или кортико-спинальные волокна с обоими полушариями головного мозга.

Периферический двигательный нейрон связан с мышцами соименной стороны. Таким образом, весь двухнейронный двигательный путь, например для мышц левой руки, идет следующим образом: клетки нижних отделов правой передней центральной извилины, заднее бедро правой внутренней капсулы, правая ножка мозга, правая половина варолиева моста и продолговатого мозга, перекрест на границе продолговатого и спинного мозга, далее — левый боковой столб спинного мозга, клетки передних рогов

шейного отдела левой половины спинного мозга. Аксоны этих клеток образуют передние корешки, которые участвуют в левом плечевом сплетении корешков и в образовании периферических нервов, которые подходят к мышцам левой руки.

Характер паралича в зависимости от уровня повреждения

Вне зависимости от того, на каком уровне и где именно повреждена связь между передней центральной извилиной и данной мышцей, мышца перестает сокращаться, наступает ее паралич. Однако характер этого паралича различен в зависимости от того, поврежден ли центральный или периферический двигательный нейрон.

Импульсы, поступающие по волокнам пирамидного пути к клеткам переднего рога, не только дают силу и направление движению, но и одновременно ограничивают свободное поступление постоянных раздражений с заднего корешка к клеткам переднего рога. Таким образом, деятельность сегментарно-рефлекторного аппарата спинного мозга регулируется импульсами, которые постоянно поступают из вышележащих отделов центральной нервной системы. Значит, в сегментах спинного мозга, оказавшихся при перерыве пирамидного пути отделенными от коркового конца двигательного анализатора, вся масса раздражений, поступающих по задним корешкам, не регулируется корой, переходит на клетки переднего рога, а с них на мышцы; вследствие этого парализованные мышцы, как это отмечалось выше, находятся в состоянии повышенного тонуса.

Центральный паралич

Повышение мышечного (контрактильного) тонуса, мышечная гипертония — первая основная характерная черта центрального паралича. Поэтому он получил название спастического паралича. Второй характерной чертой спастического паралича является повышение сухожильных и надкостничных (периостальных) рефлексов парализованных конечностей в силу того же освобождения сегментарно-рефлекторного аппарата спинного мозга от корковых влияний.

Третьей характерной чертой спастического паралича является наличие извращенных, патологических рефлексов, то есть рефлексов, в нормальных условиях не наблюдаемых. Это — стопный симптом Бабинского, симптом Оппенгейма, пальцевый рефлекс Россолимо, надкостничный рефлекс Бехтерева. В норме при проведении булавкой, спичкой, ручкой перкуссионного молоточка по наружному краю подошвы все пальцы сгибаются по направлению к подошве (подошвенный рефлекс); при спастическом параличе такое раздражение вызовет медленное разгибание большого пальца при веерообразном разведении или подошвенном сгибании остальных четырех пальцев. Этот симптом носит название рефлекса Бабинского.

Четвертой особенностью спастического паралича является сохранность мышц, то есть отсутствие в них дегенеративных атрофий.

Итак, центральный паралич характеризуется повышением мышечного тонуса, повышением сухожильных, выпадением кожных и наличием патологических рефлексов, отсутствием дегенеративной атрофии парализованных мышц.

Периферический паралич

Периферический двигательный нейрон лежит в переднем роге спинного мозга, а его отросток (аксон) выходит через передние корешки и, пройдя сплетение, вступает в тот или иной периферический нерв, направляясь к мышце. Поражение в любом месте этого пути ведет к параличу (или парезу), который носит название периферического.

Ввиду того что при этом нервные импульсы в мышцу не поступают и нормальные ее функции, а следовательно и обмен, нарушаются, возникает атрофия мышцы.

Тонус ее снижается, наступает атония; мышца становится дряблой, вялой, и поэтому такой паралич часто называют вялым, или атрофическим. Так как поражение

периферического двигательного нейрона обусловливает перерыв спинальной рефлекторной дуги, то появляется третий кардинальный симптом периферического паралича — исчезновение как сухожильных, так и кожных рефлексов — арефлексия.

Вследствие гибели нервного волокна вскоре наступает количественное и качественное изменение электровозбудимости: развивается частичная или полная реакция перерождения, являющаяся одним из самых важных признаков периферического паралича.

Особенности длительно существующих параличей

Следует иметь в виду, однако, что в случаях с большой давностью заболевания, когда часть мышечных волокон успела погибнуть и заменилась соединительной тканью, оставшиеся волокна реагируют на электрическое раздражение нормально, обнаруживается лишь количественное снижение электровозбудимости, но реакции перерождения уже нет.

Нередко в атрофирующихся мышцах наблюдаются быстрые подергивания отдельных мышечных волокон и их пучков — фибриллярные и фасцикулярные подергивания. Эти подергивания являются следствием раздражения патологическим процессом еще не погибших нейронов. Удар молоточком по мышце, в которой атрофия зашла еще не очень далеко, вызывает появление резко выраженного мышечного валика.

При длительном существовании периферических параличей нередко развиваются вторичные контрактуры в антагонистах парализованных мышц. Под влиянием силы тяжести, различных механических воздействий и преобладания тонуса непарализованных мышц конечность принимает неправильное положение, которое в дальнейшем фиксируется. Играют роль и процессы сморщивания в парализованных мышцах.

Итак, периферический паралич характеризуется мышечными атрофиями, атонией, арефлексией и реакцией перерождения. В противоположность центральному параличу при периферическом параличе в парализованной конечности отсутствуют не только произвольные, но и непроизвольные движения. Все эти особенности свойственны периферическому параличу вообще, независимо от места поражения периферического нейрона. Однако чрезвычайно важно бывает точно определить, где локализуется процесс в каждом данном случае, — в передних рогах, корешках, сплетении или периферических нервах.

Психосоматические расстройства при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Место психогенных кардионеврозов в современной медицинской практике

Как известно, ведущее положение среди всех внутренних болезней занимают нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы, что определяет особое отношение пациентов и врачей к заболеваниям сердца и сосудов. В свою очередь, среди болезней сердечно-сосудистой системы максимальное внимание традиционно уделяется ишемической болезни сердца (ИБС), в основе которой лежит сужение просвета коронарной артерии атеросклеротическим процессом (в основе заболевания находятся органические причины, в данном случае атеросклероз). Именно атеросклероз коронарных артерий чаще всего повинен в развитии таких широко известных заболеваний, как стенокардия и инфаркт миокарда. В то же время известно, что в основе различных заболеваний не всегда лежат органические причины. Описано множество так называемых функциональных расстройств различных органов и систем организма, и сердечно-сосудистые заболевания не являются здесь исключением.

Среди функциональных расстройств внутренних органов ведущее место в

настоящее время занимают нарушения сердечно-сосудистой системы. Кроме того, отмечено (как отечественными, так и зарубежными учеными), что число пациентов с функциональными нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы неуклонно возрастает и составляет сегодня не менее 15% всех больных стационаров кардиологического профиля.

Причины развития кардионеврозов

Беспристрастная статистика утверждает, что не менее чем у половины больных, испытывающих разнообразные неприятные ощущения в левой половине грудной клетки, возникающий при этом страх за свое сердце или преувеличен, или совершенно необоснован. При тщательном объективном исследовании выясняется, что к этой группе относятся лица как с чисто невротическим происхождением функциональных расстройств, так и люди с очень незначительными органическими изменениями, при которых именно психогенные наслоения играют основную роль в клинической картине заболевания. Практически важно, что у большинства пациентов с периодически возникающими болезненными ощущениями в области сердца развивается и нередко закрепляется разной степени выраженности страх смерти либо от остановки, либо от разрыва сердца, либо от инфаркта миокарда.

Особенно часто формирование страха смерти отмечается в связи с приступами психогенной аритмии — брадикардии (урежение сердечных сокращений), тахикардии (учащение сердечных сокращений) и экстрасистолии (ощущение дополнительных ударов сердца). Именно мучительный страх смерти оказывается ведущим клиническим проявлением так называемых кардионеврозов.

Как правило, формирование сердечно-сосудистой дисфункции и кардиофобии происходит в результате невротического срыва вследствие тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Поводом для такого невротического срыва чаще всего оказываются конфликтная ситуация в семье или на работе, утрата близкого человека, различные сексуальные проблемы, производственные, общественные или правовые обстоятельства, трудно разрешимые или практически неразрешимые, но активно влияющие на психику пациента. В происхождении острых приступов кардиалгий психогенного происхождения, т. е. кардиалгий без признаков органического поражения сердца и патологических изменений ЭКГ, большое значение принадлежит активным физическим нагрузкам, всевозможным интоксикациям, перенесенным операциям, соматическим или инфекционным заболеваниям и — особенно — длительным психотравмирующим переживаниям, связанным с болезнью.

Влияние личности больного на формирование кардионевроза

Наряду с депрессивными травмирующими переживаниями и продолжительными стрессовыми ситуациями важнейшими причинами появления болезненных ощущений в области сердца (при отсутствии каких-либо объективных показателей расстройств сердечной деятельности) часто служат достаточно известные факторы, обычно связанные с интенсивной работой сердца: длительные интенсивные физические и психоэмоциональные нагрузки, злоупотребление алкоголем, чрезмерное употребление крепкого кофе, бессонница и некоторые другие факторы.

Наиболее подверженный неврозам тип личности

Установлено, что представители разных психологических типов личности предрасположены к различным заболеваниям. Наибольшую склонность к инфаркту миокарда проявляют люди, относящиеся к так называемому коронарному типу личности.

Для них характерны такие качества, как настойчивость в достижении поставленной цели, целеустремленность, способность и желание конкурировать. Эти люди не удовлетворяются малым, уровень их притязаний довольно высок. Их деятельность носит разнообразный характер, при этом всегда отмечается недостаток времени для реализации многочисленных планов. Такой человек постоянно находится в тонусе, он должен работать на опережение, он не позволяет себе расслабиться, преодолевая усталость силой воли. Это не просто трудоголик; это человек, находящийся в состоянии постоянного напряжения, даже после окончания рабочего дня. Он и в домашней обстановке полон планов и нередко продолжает работать. Однако, если возникает сложная ситуация, выходящая из-под контроля, у такого человека может развиться заболевание. Заболевание развивается в таких случаях по следующему сценарию: поначалу предпринимаются отчаянные попытки восстановить утраченные позиции.

Эти энергичные действия необходимы прежде всего для самоутверждения личности. При неудачном стечении обстоятельств (результат предпринимаемых действий отрицательный, ситуация продолжает оставаться неконтролируемой) человек сдается и заболевает.

К типичным психосоматическим расстройствам сердечно-сосудистой системы относятся так называемые «неврозы сердца» — функциональные нарушения сердечного ритма. Функциональные расстройства сердечного ритма проявляются следующими симптомами: увеличением числа сердечных сокращений (тахикардия) с одновременным ощущением пациентом учащенного сердцебиения, спазмами в области сердца и непродолжительными расстройствами сердечного ритма (аритмии). Нередко пациенты предъявляют жалобы на ощущение онемения, зуда, покалывания, жжения, холода, ползания мурашек и т. п. в различных участках тела (парестезии), чувство давления в области сердца в сочетании с одышкой. Характерными жалобами являются страх удушья и страх развития инфаркта миокарда.

Кардиалгии

Слово «кардиалгия» в переводе на русский язык означает боль в области сердца. Кардиалгия является симптомом очень большого числа самых различных заболеваний. Принципиально важно отметить, что боль в области сердца не обязательно связана с патологией сердца.

Более того, за исключением стенокардии и инфаркта миокарда, боль в области сердца, как правило, не представляет опасности для здоровья и жизни.

Таким образом, кардиалгия представляет собой симптом (признак), а не заболевание.

Классификация кардиалгий

Внесердечные кардиалгии

Все кардиалгии можно разделить на две большие группы: кардиалгии сердечного и внесердечного (внекардиального) происхождения. Внесердечные кардиалгии могут развиваться при следующих состояниях:

- при заболеваниях периферической нервной системы и мышц плечевого пояса (в т. ч. в связи с весьма распространенным остеохондрозом и другими заболеваниями позвоночника; при межреберной невралгии; у перенесших опоясывающий лишай даже спустя много месяцев);
- при патологии ребер;
- при заболеваниях органов брюшной полости, в том числе при болезнях пищеварительного тракта (например, у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, при эзофагите — воспалении пищевода, язве пищевода, хроническом (в том

числе калькулезном) холецистите;

- при заболеваниях легких и (или) плевры;
- у больных хроническим тонзиллитом;
- при алкоголизме.

Сердечные кардиалгии

Кардиалгии сердечного происхождения могут быть обусловлены органическими изменениями (ишемическая болезнь сердца как проявление атеросклероза коронарных артерий), например стенокардия.

В то же время давно отмечено, что такие чувства, как тоска, страх, печаль и некоторые другие способны вызывать разнообразные неприятные ощущения или в левой половине грудной клетки, или непосредственно в области сердца.

Эти ощущения нередко возникают на фоне депрессивного состояния или ожидания тревоги. По продолжительности данные ощущения могут быть практически мгновенными, например связанными с кратковременным нарушением ритма сердца; в других случаях они могут носить приступообразный характер продолжительностью от 15—30 мин до 2—3 ч и более. Реже приступы бывают весьма длительными, практически постоянными — в течение многих дней или даже месяцев. Частота таких приступов колеблется в достаточно широких пределах: от 1—5 в день до 1—2 в год.

Клиническая картина

Характерно, что локализация и характер неприятных ощущений в области сердца отличаются чрезвычайным разнообразием. Это может быть практически постоянная, иногда пульсирующая боль с повышением кожной чувствительности в области верхушки сердца или левого соска. В других случаях это тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие в области сердца или ниже его; также возможны острое сжимание, сдавливание, напряженность, «заложенность», чувство жжения в области сердца или в области левого подреберья и даже по всей верхней части живота, а также чувство распирания или, наоборот, ощущение пустоты в грудной клетке. Такие разнообразные ощущения могут распространяться из области сердца не только по всей передней поверхности грудной клетки, но и захватывать также правую ее половину, иррадиировать (отдавать) в шею, лопатки, позвоночник на любом его уровне вплоть до поясничной области и даже в нижние конечности и половые органы. С другой стороны, некоторые пациенты очень точно определяют область кардиалгии, указывая на основную болевую точку кончиком пальца.

Боль в области сердца обычно характеризуется как тупая, глухая, давящая, ломящая, тянущая, ноющая, режущая или покалывающая. Нередко кардиалгия сопровождается неприятными ощущениями и парестезиями (ощущение покалывания, ползания мурашек) в руках (как правило, в левой) и ногах (нередко по типу «носков» и «перчаток»). Кроме того, кардиалгия обычно сопровождается чувством нехватки воздуха или даже удушья на высоте депрессивного или тревожного состояния. В клинической картине кардиалгии неврогенного характера эти характерные симптомы в виде чувства сжатия, затрудненного дыхания, наличия ощущения преграды в груди заставляют пациентов периодически глубоко вдыхать, иногда со стоном, что является одним из важнейших отличительных признаков психосоматической природы болезни.

Весьма важно, что эти вариабельные и многочисленные болезненные и пугающие ощущения (чувство нехватки воздуха, наличие комка в горле, отсутствие эффекта от подъязычного приема нитроглицерина или нитросорбита) служат для многих пациентов убедительными доказательствами серьезного неблагополучия сердечной деятельности. Иногда врач при опросе такого пациента может расценить жалобы как проявления атипичной или слабовыраженной стенокардии и назначить избыточное лечение, что

может способствовать закреплению в сознании больного неверных представлений о своем состоянии.

Диагностика

Значительные диагностические и психологические сложности и для врача и для пациента возникают в тех случаях, когда классические жалобы на приступы боли за грудиной или в области сердца с иррадиацией в левое плечо и (или) левую лопатку (на высоте отрицательных эмоций или — значительно реже — при физическом напряжении) действительно имитируют жалобы больных с хронической коронарной недостаточностью. Серьезные диагностические трудности возникают в том случае, если возраст пациента больше 40 лет. Термин «сердечная мимикрия» применяют в тех случаях, когда человек ощущает боль психогенного характера в области сердца, подобную той, которую испытывал кто-либо из его близких или знакомых или сведения о которой он получил при чтении художественной или популярной литературы.

Дифференциальная диагностика

Однако при тщательном обследовании пациента обычно удается отличить кардиалгию психосоматического происхождения от классической стенокардии, представляющей серьезную медицинскую проблему и угрозу для здоровья пациента. Для психосоматической кардиалгии типична очень выраженная изменчивость проявлений, чрезвычайно непродолжительный, летучий, меняющийся характер остроты, интенсивности, локализации и распространенности болевых ощущений. Жалобы, высказываемые пациентом, неоднократно меняются не только на протяжении одного дня, но и на протяжении беседы с врачом. Также характерна и невротическая фиксация пациента только на кардиалгии определенного типа, когда он жалуется, например, только на жжение или распирание.

Но чаще отмечается лабильность проявлений, когда сердце то сжимает, то покалывает, то простреливает, то «огнем горит». Так же лабильны характер и локализация боли: боль то тупая, то острая или пронизывающая, она появляется то с одной стороны, то с другой.

Характерна миграция боли: из области сердца она перемещается то под левую лопатку, то по ходу позвоночника, то в левое или правое подреберье, то целиком заполняет левую или правую половину грудной клетки или даже всю грудную клетку, то снова фиксируется в области сердца.

Типичные симптомы психогенной кардиалгии

Краеугольным камнем клинической диагностики психосоматической кардиалгии специалисты считают особый феномен — так называемое «чувство сердца». Чрезвычайно типично, когда это «чувство сердца» появляется у людей, которые прежде не представляли, где оно должно находиться, зато теперь нередко даже «точно чувствуют» его границы. Это «чувство сердца» чаще всего даже не отождествляется пациентами с болью; это тягостное ощущение, по существу, представляет собой одну из наиболее распространенных жалоб, сопровождающихся страхом смерти, при отсутствии жалоб на боль в области сердца или левой половины грудной клетки.

Кроме того, в понятие «чувства сердца» может входить патологическое ощущение его фиксации (пациент ощущает сердце не на своем месте); смутное, неопределенное и от того весьма тревожное ощущение какого-то душевного дискомфорта, ощущение беспокойства в области сердца. В других случаях пациент ощущает, как сердце уменьшается в размерах, съеживается или, напротив, увеличивается, распухает, становится таким огромным, что не помещается в грудной клетке. Может также возникать

чувство незащищенности, оголенности сердца в сочетании с жалобами на ощущение его перегрузки при самых незначительных, минимальных физических нагрузках. Нередко больные предъявляют жалобы на тахикардию (учащение сердцебиения) при посещении врача или во время разговора с начальником по работе, при чтении художественной литературы или во время просмотра кинофильма.

Для пациентов, страдающих синдромом психосоматической кардиалгии, характерны суточные колебания не столько состояния, сколько самочувствия. Больные чувствуют себя хуже обычно или при бессоннице, или по утрам, на фоне наплыва тревожных мыслей сразу после пробуждения. Характер неприятных ощущений в грудной клетке больные очень часто определяют как щемящие, грызущие, изматывающие, изнуряющие боли. Типично при этом, что данные ощущения не столько болезненные, сколько тягостные и мучительные. Весьма типичными могут быть жалобы на чувство тревоги и тяжести в области сердца или в левой половине грудной клетки в сочетании с беспричинными подташниванием, слабостью и угнетенным настроением, особенно по утрам или в связи с приближением ночи.

Нередко пациенты предъявляют жалобы, связанные с ощущениями высокой или низкой температуры (термические ощущения). Сердце или «как огнем горит», или застывает и «покрывается льдом, как в холодильнике».

Как правило, эти термические ощущения возникают не изолированно, они сопровождаются или выраженным сердцебиением, или, напротив, чувством замирания, или спазмами сердца, онемением левой половины грудной клетки.

Психологические особенности психогенных кардиалгий

Характер кардиалгии психосоматического происхождения отличается также особым характером и степенью выраженности проявлений: обычное при любом заболевании волнение явно перерастает степень его адекватности объективному состоянию. Волнение трансформируется в тревогу, затем появляются страх и временами даже панический ужас с ощущением неминуемой катастрофы. Пациенты могут громко стонать и причитать, беспрестанно жестикулировать, постоянно менять положение тела. В отдельных случаях больные иногда мечутся по комнате или даже катаются по полу. Характерным проявлением психосоматического характера заболевания служит также то, что пациенты принимают любые попадающиеся под руку лекарства, нередко в громадных дозах. Кроме того, больные часто прикладывают к сердцу то теплую грелку или горчичник, то пузырь со льдом. В отдельных случаях все перечисленные действия заканчиваются вызовом кареты «Скорой помощи» или посещением поликлиники с требованием немедленной госпитализации.

Такое поведение, как правило, нехарактерно для больного стенокардией, при которой даже незначительная активность, как физическая, так и эмоциональная, только увеличивает интенсивность боли. Для больного психосоматической кардиалгией характерны чрезмерная поспешность в разговоре, суетливость, излишняя демонстрация конкретных точек локализации и направления перемещения боли, а также неспособность к длительной концентрации внимания. Такой пациент в связи с повышенной лабильностью в процессе беседы с врачом не столько отвечает на вопросы, сколько стремится высказать то, что он сам считает важным.

Диагностическое значение кардиологических тестов и приема нитроглицерина

В пользу психогенного происхождения болезненных ощущений свидетельствуют, кроме клинических проявлений, данные специальных кардиологических тестов: отсутствие объективных признаков ишемической болезни сердца (ИБС) по данным ЭКГ и УЗИ сердца, специальных исследований крови (биохимические тесты) даже на высоте болевого приступа.

Принципиально важен также отрицательный эффект от подъязычного применения

нитроглицерина. Прием этого препарата не дает заметного улучшения состояния у многих больных или вызывает даже ухудшение самочувствия.

У больных классической стенокардией, обусловленной атеросклеротическим поражением коронарных артерий, терапевтический эффект от подъязычного приема нитроглицерина наступает через 2—3 мин, в то время как при психосоматическом генезе заболевания приступ проходит либо практически мгновенно, либо через 30—40 мин после приема препарата, что не связано с применением нитроглицерина. Как свидетельствует опыт квалифицированных кардиологов, большинство больных с неврогенно обусловленной кардиалгией предпочитают пользоваться валокордином и седативными препаратами типа реланиума или валерианы, т. к. от приема валидола обычно развивается тошнота, а нитроглицерин вызывает сильное сердцебиение.

Кардиалгия при истерии

Болевые ощущения в области сердца могут быть важнейшим проявлением истерии. Истерия представляет собой ряд неразумных действий человека, имеющих целью обратить на себя внимание. Эти действия порождены неумением найти выход из положения, в которое попал индивид; при этом важную роль играет желание сохранить достоинство в глазах окружающих. Истерия всегда рассчитана на аудиторию, она всегда напоказ. Часто истерия начинается в детстве. Типична картина, когда ребенок лежит на полу и с криком сучит ножками, внимательно наблюдая за родителями. Не зная, как добиться желаемого, он выбрал именно такой способ действий, так как раньше его жалели, например в случае падения, и давали что-нибудь вкусное.

Признаки истерической кардиалгии

Основным отличительным признаком кардиалгии у больного истерией является необычайная стойкость сердечной боли при полном отсутствии изменений на ЭКГ или данных других методов объективного исследования.

Однако кардиалгический синдром редко бывает единственным проявлением истерии. Нарушения сердечного ритма истерического происхождения иногда практически неотличимы от аритмий при сопутствующих соматических заболеваниях. Их особенностью является то, что они все-таки произвольны: известны случаи развития так называемой мерцательной аритмии и экстрасистолии под влиянием самовнушения у страдающих истерией лиц.

Кардиофобия

Кардиофобия (от греч. kardia — сердце и phobos — страх) представляет собой один из наиболее распространенных синдромов, но лишь в отдельных случаях становится причиной тяжелого страдания, на месяцы и годы приковывающего пациента к больничной кровати.

Причины развития кардиофобии

Важнейшим фактором в жизни любого человека является нормальная сердечная деятельность, позволяющая каждому индивиду чувствовать себя комфортно и уверенно. Однако неопределенное, вначале диффузное беспокойство и постепенно нарастающие напряжение, ощущение тревоги, мнительность и наконец страх могут явиться основанием для развития кардиофобического состояния. В одних случаях тревога может быть проявлением общего невроза, когда малейшие случайные болевые ощущения в области сердца или кратковременные преходящие экстрасистолы (добавочные сердечные сокращения), тяжелое сердечное заболевание у кого-нибудь из близких становится

причиной развития кардиофобии.

В других случаях в основе развития стойкой кардиофобии действительно лежит заболевание сердца, но страх за его состояние, испытываемый больным, не просто не адекватен состоянию его сердца, но выходит за рамки здравого смысла. Необходимо подчеркнуть, что в данном случае мучительный страх, испытываемый больным в связи с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности, несоизмерим, несопоставим ни по интенсивности, ни по характеру с обычными человеческими чувствами и переживаниями. Единственно существующей реальностью для такого пациента становится ощущение даже не угрозы, а непосредственное чувство близости надвигающейся смерти. Причем никакого значения для больного не имеет тот факт, что ранее перенесенные им аналогичные приступы не привели к развитию серьезного заболевания сердца.

Однако даже опытным специалистам не всегда просто бывает отличить первичный страх, возникающий при полном отсутствии каких-либо органических изменений, от вторичного страха, представляющего собой пусть и неадекватную (преувеличенную, гиперболизированную), но все же естественную реакцию при наличии минимальных, выявляемых только тончайшими методами изменений (например, нарушение биохимических показателей).

Механизм развития кардиофобии

Чувство дискомфорта и необычных (и ранее не отмечавшихся) ощущений в левой половине грудной клетки, возникающие первоначально в условиях психотравмирующей ситуации или даже при ее отсутствии, после продолжительной астенизации порождает постепенно нарастающие тревогу и повышенную настороженность больных, которые со временем трансформируются в стойкое ощущение наличия у них серьезного заболевания сердца (чаще всего «предынфарктного состояния») и индуцируют страх смерти.

Закреплению этого убеждения могут способствовать, например, выявляемые минимальные изменения, обнаруживаемые во время обязательных в таких случаях инструментальных обследований пациента: ЭКГ, биохимическое исследование крови, УЗИ сердца и другие. И если по каким-то причинам пациенту выставляется диагноз ишемической болезни сердца (ИБС), то возможно формирование порочного круга, в основе которого лежит панический страх. Сложность ситуации усугубляется тем, что более поздние исследования других врачей могут не подтвердить диагноз, но его опровержение даже ведущими специалистами может оказаться для больного неубедительным. В результате возможно развитие конфликта и, как следствие, закрепление кардиофобии.

Наиболее распространенные формы кардиофобий

Не существует единой клинической картины кардиофобии: множество различий в проявлениях заболевания обусловлено особенностями психики больного, его возрастом, наличием сопутствующей патологии внутренних органов.

Сложность диагностики кардиофобии обусловлена тем, что в той или иной степени она напоминает тяжелые и распространенные заболевания сердца.

Псевдоревматическая форма

Псевдоревматическая форма, как следует из названия, в клиническом отношении напоминает состояние при ревматическом пороке сердца, всегда проявляется кардиалгией и представляет собой одну из частых форм кардиофобии. Как правило, псевдоревматическая форма болезни формируется на фоне хронического тонзиллита. Жалобы больных чаще всего многочисленны: пациенты отмечают боли в сердце (кардиалгии), сердцебиение, одышку, перебои в области сердца. Проявления болезни

чаще всего связаны с физической нагрузкой; характерны также периодические ноющие боли в суставах. Однако для развития кардиофобии этого бывает, как правило, недостаточно: ее возникновение провоцируется чаще всего тяжелым ревмокардитом у кого-нибудь из близких родственников. Имеет значение также врачебная тактика; от врача требуются в таких случаях крайняя осторожность и высокий профессионализм.

События развиваются обычно следующим образом: у настойчивого пациента с множественными и разнообразными жалобами на деятельность сердца при обследовании обнаруживают некоторые функциональные нарушения (это может быть легкое повышение температуры или минимальные, в пределах нормы, изменения на ЭКГ и т. п.). Затем происходит знакомство с тяжелобольными, страдающими пороками сердца. Пациент проявляет настойчивость, подключает всевозможные рычаги влияния, добивается проведения курса противоревматического лечения, которое, разумеется, оказывается безуспешным. В результате пациент убежден в серьезности своего «сердечного» страдания, а врач находится в состоянии растерянности.

Далее, как правило, следуют консультации различных специалистов, высказывающих различные мнения; в итоге у пациента развивается псевдоревматический вариант кардиофобии. Чтобы не допустить подобного, больному и лечащему врачу следует проявить обоюдные терпимость и внимание. Необходимо не просто тщательно обследовать пациента с помощью самых современных методик, но и дать объективную оценку выявленным симптомам.

Псевдоинфарктная форма кардиофобии

Другим вариантом кардиофобии является псевдоинфарктный; он развивается, как правило, у тех, кто в большей или меньшей степени информирован в области медицины. Данный вид кардиофобии является синтезом неприятных ощущений, испытываемых пациентом, с предполагаемым страшным диагнозом и соответствующим прогнозом. Врачами давно подмечено, что различные фобии (страхи) развиваются только в отношении опасных заболеваний. Как правило, при формировании псевдоинфарктного варианта заболевания сразу вслед за приступом боли в области сердца следует страх развития инфаркта миокарда. Это чувство страха начинает доминировать, определяя поступки и устремления пациента.

Естественная первоначальная реакция в данном случае — обследование. Однако дело часто не ограничивается только обследованием, одновременно может назначаться довольно активная медикаментозная терапия. Обследование проводится в динамике, занимает определенное время, иногда 2—3 недели, многие тесты выполняются повторно (ЭКГ несколько раз подряд, повторные исследования крови и др.), что само по себе уже может стать основанием для формирования фобии. Кроме того, самочувствие пациента не улучшается: несмотря на режим и активную медикаментозную терапию, приступы боли повторяются, нитроглицерин не помогает, на ЭКГ динамики не отмечается, так же как не наблюдается и динамики биохимических показателей.

Таким образом, налицо несоответствие субъективных ощущений, которые действительно выходят за рамки банальной кардиалгии и в определенной мере напоминают инфаркт миокарда, и данных объективного обследования (ЭКГ, УЗИ, анализы, наблюдение в динамике), позволяющих ответственно исключить предположение о повторяющейся коронарной патологии. Здесь чрезвычайно важна роль врача, который сумеет разобраться в ситуации и внятно, убедительно объяснить пациенту суть происходящего. Боль в области сердца может быть обусловлена множеством факторов, например шейным остеохондрозом, климактерическими расстройствами и т. д.; следует объяснить пациенту, чем вызвана у него боль, что эта боль (например, обусловленная приемом алкоголя или шейным остеохондрозом) относительно безопасна и под влиянием соответствующего лечения будет ликвидирована в течение 3—4 недель, хотя болевые ощущения на первоначальном этапе лечения могут оставаться.

Клиническая картина

Если псевдоинфарктная форма кардиофобии обусловлена произошедшей прежде травмой или воспалением, заболевание может носить приступообразный характер. Первый сердечный приступ обычно возникает остро, затем болезнь приобретает рецидивирующее течение. Во время приступа характерно появление мучительного страха, появляется ощущение очень редких ударов сердца и наступающей его остановки. Как правило, больные проявляют выраженное беспокойство, мечутся, стонут, вызывают «Скорую помощь», настойчиво и шумно требуют немедленного медицинского вмешательства. Приступ сопровождается выраженными вегетативными реакциями: диффузным покраснением лица, пятнами гиперемии (красноты) на шее, груди, учащением дыхания, выраженной тахикардией (учащением сердечных сокращений) до 120 ударов в минуту (несмотря на ощущение больным редких ударов), повышением артериального давления, резкой потливостью.

Особенности поведения и психологии больных кардиофобией

Сознание больных сохранено, хотя можно констатировать определенную некритичность пациентов: весьма характерно чрезмерное сосредоточение внимания на своих ощущениях при сниженной реакции на внешние раздражители, например рекомендации врача. Скажем, просьба успокоиться, прекратить стоны обычно выполняется, но уже через несколько минут больной может забыть все советы, вновь начинает метаться в постели, сбрасывать одеяло и т. д. Продолжительность приступа может колебаться в широких пределах: от нескольких десятков минут до нескольких суток.

Испытывая страх за свое сердце и в межприступном периоде, больные постоянно считают у себя пульс, тщательно фиксируют и анализируют любые изменения самочувствия, панически реагируют на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки или даже всей верхней части туловища. Эти больные умеют подчинять заботе о своем сердце не только всю свою жизнь, но и жизнь окружающих, перекладывая все домашние хлопоты на близких и даже детей. Они полностью отказываются от половой жизни и разводятся с уже ненавистными им супругами. Кроме того, они боятся спать на левом боку и испытывают страх перед наступлением ночи, так как убеждены, что большинство людей умирают по ночам. Бессонница у таких больных может быть обусловлена страхом заснуть и не проснуться.

Они отказываются также от всего, что может их взволновать и таким образом оказать влияние на сердце: просмотров кинофильмов, походов в театр, курения и употребления алкоголя, кофе, крепкого чая, разговоров о смерти, присутствия на похоронах, чтения серьезной литературы и любого умственного напряжения. Такие больные неукоснительно соблюдают строгий распорядок дня и определенную диету: с целью не допустить повышения уровня холестерина в крови они вообще не берут в рот жиры; не употребляют черный хлеб и капусту, чтобы не увеличить нагрузку на сердце за счет метеоризма — вздутия живота; составляют целебные смеси, сидят на различных диетах, выписывают и внимательно изучают популярную медицинскую литературу. Такие больные не рискуют лишний раз выйти на улицу; они испытывают страх одиночества, буквально не отпуская от себя родных; для них характерен также страх толпы и закрытых помещений (в том числе вагонов поездов, метро, из которых нельзя выйти сразу).

Кроме того, они требуют к себе особого отношения, постоянного врачебного наблюдения, частого инструментального обследования (ЭКГ), запасаются большим количеством лекарств, а также грелками и термометрами и не выходят из дома без нитроглицерина и валидола. Они пробуют самые различные, особенно новые методы лечения, но почти никогда не проходят курс до конца.

Таким образом, различают два основных варианта кардиофобии: первый, обусловленный кардиалгией, т. е. имеющий кардиальную основу, и второй, связанный исключительно с нервно-психическим статусом больного.

Течение невротического варианта кардиофобии

Если кардиально обусловленная форма болезни обычно в большей или меньшей степени напоминает достаточно известные, в том числе и тяжелые поражения сердца, то кардиофобия как вариант невроза в клиническом отношении характерна именно отсутствием типичных для заболевания сердца жалоб. Как правило, именно неопределенность, нетипичность рассказа пациента о своих ощущениях заставляет заподозрить исключительно невротическую природу заболевания. Набор жалоб больного, страдающего кардиофобией, неконкретный, они носят общий характер. Типичны жалобы на сдавление и (или) заложенность груди, чувство нехватки воздуха (характернейшая черта — неудовлетворенность вдохом) и остановки сердца или, напротив, ощущение громких сердечных ударов. Некоторые такие больные могут годами лежать в постели, внушив опасение за свое сердце окружающим и родственникам.

Кардиофобический синдром невротической природы может довольно долгое время вообще не сопровождаться приступами. Однако иногда одно только воспоминание о прошлых болях может стать причиной для полного ухода в болезнь, глубочайшей боязни двигаться, боязни оставаться одному в квартире, боязни ходить без сопровождения по улице и т. д. Многие больные кардиофобией (хотя далеко не все) постепенно суживают круг своих интересов, оставляя только то, что имеет отношение к их болезни. Их интересует только диета, регулярность стула, прием лекарств, ограничения физического напряжения, т. е. жизнь становится ограниченной рамками собственного заболевания. Кроме того, вырабатывается правило не волноваться, т. к. любое волнение, по их мнению, представляет опасность.

Диагностика

Диагноз кардиофобического синдрома, не связанного с патологией сердца, не представляет собой сложной медицинской проблемы, т. к. при адекватном современном обследовании никаких признаков заболевания сердца, кроме субъективных жалоб, врач обнаружить не может. По данным современных авторов, занимающихся проблемами психосоматических заболеваний, развитие кардиофобического синдрома, особенно чисто невротического, обусловлено прежде всего измененной психикой. Многие ученые считают, что заболевание часто имеет наследственную природу, т. к. у членов семьи больных они отмечали ряд специфических черт характера, способствующих развитию болезни (чрезмерная тревога родителей за своих детей, крайний деспотизм родителей, особенно отцов, по отношению к детям, выраженная боязнь одиночества, боязнь вида крови, упорная рвота и т. д.).

Однако в тех случаях, когда доминирующим признаком является боль за грудиной или в области сердца, даже при явных невротических симптомах, все усилия необходимо направить на полное и тщательное обследование пациента для исключения повреждения сердечной мышцы. Необходимость данной тактики определяется тем, что в остром периоде тяжелого инфаркта миокарда может иметь место общее психомоторное возбуждение.

Прогноз кардиофобии при правильной и своевременной диагностике и адекватной терапии благоприятный.

Психогенные расстройства сердечного ритма (аритмии)

Предваряя данный раздел, необходимо подчеркнуть, что различные нарушения сердечного ритма постоянно регистрируются у практически здоровых людей. Данные различных ученых расходятся только в оценке распространенности этого явления. Так, например, различные аритмии у здоровых людей при однократном обследовании обнаруживаются в небольшом проценте случаев (не более 2%). Однако при длительном мониторировании (специальный прибор фиксируется на теле обследуемого на сутки) всевозможные расстройства сердечного ритма обнаруживаются практически у каждого третьего из обследуемых здоровых людей (30 ± 2-3%).

Развитие психогенных аритмий

Давно подмечено наличие прямой взаимосвязи настроения и сердечного ритма. Наиболее ярко эта связь проявляется в экстремальных ситуациях: состояние мучительного, тягостного страха смерти неизбежно сопровождается разнообразными расстройствами сердечного ритма независимо от того, имеются ли у данного человека органические поражения сердечной мышцы или аритмия носит чисто психогенный характер. Неразрывная связь ритма сердца и настроения, их гармония является в норме важнейшим условием чувства благополучия человека — как психического, так и соматического.

Человек устроен так, что любое нарушение привычного, оптимального для данного индивида сердечного ритма обычно не остается им не замеченным. Однако способ реагирования на возникновение аритмии различен. У определенного числа людей как кратковременное (несколько секунд), так и продолжительное расстройство сердечного ритма, возникающее внезапно, без всяких предвестников, или рецидивирующее с определенной периодичностью, неминуемо вызывает страх смерти. Более того, нередко даже нормализация резко учащенного сердечного ритма с выраженным страхом смерти от разрыва или остановки сердца становится причиной еще более панического состояния больных, если предшествующее расстройство сердечного ритма (тахикардия) продолжалось относительно долго (несколько часов или дней).

Клиническая картина

Жалобы больных с психогенной аритмией часто отличаются красочностью описания. Пациенты рассказывают, что пульс как бы пропадает, иногда на 30—40 мин; в других случаях ощущается непривычное урежение сердечных сокращений, причем это урежение даже при отсутствии боли в области сердца вызывает у больного значительную тревогу и даже страх.

Красочным проявлением психогенной основы аритмии является следующее наблюдение врачей: приступ пароксизмальной тахикардии, развившийся у больного дома или на работе, не снимается даже внутривенным введением максимальной дозы сильнодействующего антиаритмического препарата, но прекращается, как только больной почувствует себя в безопасности, оказавшись в машине «Скорой» или в стационаре. В дальнейшем нередко отмечается ситуация, когда у такого больного в течение всего периода пребывания в больнице приступы аритмии не отмечаются, и можно с полным основанием констатировать психогенное воздействие самого факта госпитализации. Более того, приступы аритмии могут возобновиться накануне выписки из стационара или дома в первый день после выписки. У таких пациентов могут возникать расстройства сердечного ритма и в стационаре в отсутствие лечащего врача — в вечерние часы, в выходные и праздничные дни.

Типичные симптомы психогенной аритмии

Жалобы на приступы сердцебиения не только при незначительном физическом

усилии и (или) малейшем душевном волнении, но и в покое при наплывах мыслей тревожного содержания представляют собой почти постоянный симптом психогенно обусловленной аритмии. Особенно характерны приступы сердцебиений по утрам (в момент пробуждения), при засыпании и нередко по ночам (в связи с бессонницей или поверхностным, прерывистым или тревожным сном).

Также типичны резкие приступы тахикардии с ощущением резкого сердцебиения при любой неожиданности и испуге. У некоторых пациентов даже упоминание о заболевании сердца (стенокардии) вызывает крайне тягостную тахикардию со страхом смерти и учащением пульса до 140—160 ударов в минуту. Приступы пароксизмальной тахикардии (частота сердечных сокращений 140 ударов в минуту и более) отмечаются у лиц преимущественно астенического сложения, провоцируются эмоциональным стрессом, физической нагрузкой и даже расстройством пищеварения.

Характерно, что почти у половины больных с клиническими проявлениями неврастении отмеченные ощущения не сопровождаются данными объективного контроля при инструментальной регистрации пульса (ЭКГ). Нередко регистрируется парадоксальная ситуация: пациент жалуется на учащение пульса, ощущает выраженное сердцебиение, но при инструментальной регистрации на ЭКГ отмечается урежение пульса. Такое явление связано с расстройствами восприятия. Типичным проявлением неврогенной аритмии является то, что чувство резкого сердцебиения на фоне выраженной эмоциональной реакции обычно сопровождается тремором пальцев рук и потребностью в непрерывных движениях.

Для пациентов с психогенно обусловленной аритмией даже чисто субъективное восприятие учащенного и усиленного сердцебиения, не подтверждаемое объективно, оказывается чрезвычайно мучительным. Если же у такого больного развивается приступ пароксизмальной тахикардии (частота сердечных сокращений превышает 140 ударов в минуту), проявления болезни сопровождаются резко выраженным страхом смерти от разрыва или остановки сердца, которое готово «выскочить» из грудной клетки и бьется «как рыба на берегу». Больные слышат стук своего сердца через подушку или матрац, ощущают ненормальную пульсацию не только в сердце, но и в висках, горле, под левой лопаткой, в подложечной области и даже во всем теле.

Сочетание кардиалгии и приступа резкой тахикардии сопровождаются в ряде случаев ощущениями озноба, внутренней дрожи, приливами крови к голове и шее, чувством жара во всем теле или похолоданием и онемением рук и ног, а также невозможностью полного вдоха и чувством нехватки воздуха. Возможно развитие страха смерти от удушья.

Нередко развитие экстрасистолий (дополнительных, внеочередных сердечных сокращений) может провоцироваться страхом перед самим обследованием, а кабинет и аппаратура служат физическими наглядными факторами. В большинстве случаев экстрасистолия возникает или только по утрам при пробуждении, или по пути на работу на фоне субдепрессивного состояния, но прекращается при эмоциональном подъеме и смене обстановки, в частности в выходные дни и (или) во время отпуска. Прекращается экстрасистолия у такого больного и на фоне приема небольших доз антидепрессантов (например, амитриптилина). Для больных с экстрасистолией характерна определенная периодичность, эпизодичность проявлений болезни, что нередко служит основным условием образования и фиксации болезненных ощущений. Внезапное изменение сердечного ритма, ощущение перебоев и замирания, неожиданных толчков в области сердца, ощущение кратковременной остановки сердца, нередко в сочетании с легким головокружением и приливом крови к голове, вызывает у этих больных чрезвычайную тревогу.

Диагностика

Диагноз психосоматического нарушения сердечного ритма чрезвычайно сложен для врача общего профиля и даже узкого специалиста, так как раздел аритмий в кардиологии является наиболее проблематичным. Однако ряд характерных признаков, таких, как отсутствие структурных изменений в области сердца, отсутствие признаков декомпенсации сердечной деятельности, преходящий характер аритмий без прогрессирующих органических изменений, появление приступов в определенных жизненных ситуациях, хороший лечебный эффект от приема транквилизаторов и антидепрессантов и отсутствие эффекта от применения специальных антиаритмических препаратов, может служить веским основанием для постановки диагноза.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) при неизмененных коронарных сосудах

В основе ИБС лежит сужение коронарных артерий вследствие поражений их атеросклеротическим процессом. Вместе с тем установлено, что в части случаев при довольно характерных для ИБС симптомах современные методы исследования не выявляют сколько-нибудь выраженных изменений кровеносных сосудов.

Отличия классической и психогенной стенокардии

Классическая стенокардия напряжения при атеросклерозе венечных артерий характеризуется остротой, однотипностью и кратковременностью приступа с внезапным его началом при физической нагрузке и довольно быстрой ликвидацией после непродолжительного отдыха и (или) приема нитроглицерина. Болезненные ощущения в области сердца нередко могут во многом имитировать клинику стенокардии, и лишь скрупулезное обследование может выявить тонкие отличия функционального заболевания. Болезненные ощущения при нормальных коронарных сосудах в области сердца возникают обычно на фоне явного переутомления, у астеничных лиц, как правило, не старше 40 лет, чаще у женщин. Эти боли связаны преимущественно с эмоциональным, а не физическим напряжением и, в отличие от классической стенокардии, характеризуются либо значительно большей продолжительностью приступа, либо более медленным, подчас постепенным нарастанием боли. Эти приступы не столь демонстративны, как при классической стенокардии, и могут рецидивировать в течение неопределенного промежутка времени без ухудшения состояния пациента.

Сами приступы на протяжении всего этого времени (нередко от 1 до 3 лет) не становятся тяжелее, как при стенокардии. Важным симптомом является то, что подъязычное применение нитроглицерина не улучшает состояния таких больных или создает лишь впечатление неполного или непродолжительного эффекта, наступающего не в первые 1—3 мин после приема препарата (как при стенокардии), а спустя 10—15 мин и более. В отличие от классической стенокардии, болевой синдром при нормальных коронарных артериях часто развивается уже по окончании физической нагрузки и нередко не снимается во время отдыха.

Особенности психогенной стенокардии

Для заболевания характерны доброкачественное течение болезни и благоприятный жизненный прогноз. В частности, у 50% таких пациентов наблюдаются самостоятельное (спонтанное) улучшение клинических проявлений и продолжительная ремиссия (период вне обострения заболевания). Специалисты полагают, что именно острый эмоциональный стресс или хронические стрессовые ситуации лежат в основе приступов у лиц с нормальным состоянием коронарных артерий.

Клиническая картина

Для этих больных характерны диффузная тревога со смутным ощущением опасности, чувство беспричинной усталости и одышка, сочетание болевого синдрома в области сердца или левой половине грудной клетки с более или менее выраженной тревогой, четкая связь болевого приступа с эмоциональным стрессом или постоянной внутренней напряженностью, отсутствие каких-либо структурных изменений миокарда и венечных сосудов при объективном обследовании, а также доброкачественное течение заболевания с возможным спонтанным улучшением состояния у половины подобных больных и благоприятным прогнозом жизни при многолетнем наблюдении.

Типичным для этого вида патологии является возникновение болевых приступов преимущественно дома или, напротив, исключительно на работе, что связано обычно с различными конфликтными ситуациями и постоянным внутренним эмоциональным напряжением или частыми отрицательными эмоциями. У некоторых больных всевозможные тягостные ощущения периодически возникают на протяжении рабочего дня и полностью исчезают, как только человек покинул территорию предприятия. Параллельно этому отмечается полная нормализация настроения и самочувствия. Нередко врачи встречают пациентов, которые в течение ряда лет страдают загрудинной болью по пути на работу, но безболезненно совершают длительные бесцельные прогулки по нескольку километров.

Отличительные особенности кардиалгии при психогенной стенокардии

В заключительной части раздела, посвященного клиническим проявлениям и причинам возникновения психосоматических расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, принципиально важным представляется описать отличительные особенности проявлений сердечной боли, имеющей психоэмоциональное происхождение, и боли, обусловленной атеросклеротическими изменениями кровеносных сосудов (боль при стенокардии). При кардиалгии невротического происхождения болевой приступ возникает в покое и в явной связи с эмоциональной перегрузкой, конфликтной ситуацией или может развиться без видимой причины на фоне тревожно-депрессивного состояния. При классической стенокардии напряжения приступ возникает обычно после физического или эмоционального напряжения.

По характеру и интенсивности боль при невротической кардиалгии чаще тупая, ноющая, колющая, глухая, усиливающаяся при дыхании. При стенокардии типична острая, резкая, сжимающая, давящая, жгучая боль за грудиной, не усиливающаяся при дыхании.

При невротической кардиалгии боль монотонная или нарастает медленно и прекращается постепенно; продолжительность периодов усиления и ослабления боли неодинаковы. При стенокардии продолжительность нарастания боли превышает продолжительность ее ослабления; приступ нередко обрывается внезапно. Характерны различия в локализации боли: при невротической кардиалгии боль в левой половине грудной клетки неопределенная, носит диффузный характер или, напротив, очень конкретная, когда больной может указать основную болезненную точку — обычно в области верхушки сердца или левого соска.

При невротической кардиалгии иррадиация боли чаще всего отсутствует, в то время как при стенокардии боль обычно отдает в левое плечо и левую лопатку, относительно постоянная и практически не меняется при каждом приступе. Продолжительность боли при кардиалгии невротического происхождения обычно продолжительная и может длиться от нескольких часов до нескольких суток; при стенокардии ее продолжительность составляет в среднем несколько минут. Характерны отличия в цикличности появления боли: при кардиалгии ухудшение отмечается обычно по утрам или на фоне депрессии, тревожных мыслей при бессоннице. При стенокардии подобная закономерность, как правило, отсутствует, приступ может развиться в любое

время суток.

Типичны отличия в поведении пациентов: при кардиалгии психогенного характера отмечается довольно резкое и выраженное психомоторное возбуждение, обычно не соответствующее болезненному состоянию, для стенокардии характерны заторможенность, неподвижность, стремление максимально ограничить движения. Если при невротической кардиалгии физическая нагрузка способна прерывать болевой приступ, то при стенокардии физические усилия приступ провоцируют.

Как правило, изменения ЭКГ при кардиалгии или отсутствуют, или ограничены непродолжительным нарушением ритма; у больных стенокардией умеренные изменения выявляются. Специальные исследования кровеносных сосудов при кардиалгии не выявляют их изменений, в то время как у больных стенокардией наблюдается отчетливое сужение просвета сосудов.

У пациентов с неврогенной кардиалгией инфаркт миокарда не развивается; при стенокардии возможно развитие инфаркта миокарда любых размеров и локализации. Для кардиалгии характерно доброкачественное течение заболевания с продолжительными ремиссиями и полным прекращением болевых ощущений, а у больных стенокардией отмечается прогрессирование сердечной патологии с возможностью развития сердечной недостаточности при нарастании атеросклеротического поражения кровеносных сосудов сердца. Кроме того, приступ психосоматической кардиалгии обычно не купируется нитроглицерином, в то время как прием данного препарата приступ стенокардии прерывает в течение нескольких минут.

Псевдоревматические расстройства

Виды псевдоревматизма

Под ревматизмом принято подразумевать группу заболеваний, находящихся в зависимости от так называемой простуды и сопровождающихся болевыми ощущениями более или менее своеобразного характера (ревматические боли) в мышцах или суставах. Это определение зиждется на неопределенном понятии «простуды» и столь изменчивом и субъективном симптоме, как боль. Поэтому не только обыватели определяют ломоту «в костях и во всех членах» как ревматизм, но и врачи иногда принимают за ревматизм начальные стадии спинной сухотки, сахарного мочеизнурения, цинги, размягчения костей (остеомаляция) и прочее.

При сифилисе встречается псевдоревматическое поражение суставов с хроническим течением как во вторичном, так и в третичном периодах, когда помогает только специфическое антисифилитическое лечение. Трипперный ревматизм этиологически отличен от настоящего суставного ревматизма, но имеет те же симптомы и те же патологоанатомические изменения в суставах. Заболевание проявляется в 2% всех случаев триппера, чаще у мужчин, и поражает, как правило, коленный сустав. Обыкновенно трипперный ревматизм ограничивается одним суставом, не перепрыгивая на другие. Боль и лихорадка умеренны, течение подострое и склонно затягиваться на многие недели. Обычный исход — выздоровление.

Психогенный псевдоревматизм сочетается с вегетативными расстройствами (с артериальной гипотензией, редко с гипертензией). Симптоматика: тупая, тянущая, ломящая боль в суставах и мышцах конечностей. Возникает спонтанно. Стихает после небольшой физической нагрузки (после приема кофеина). Всевозможные болевые ощущения отмечаются по ходу позвоночника (в межлопаточной и пояснично-крестцовой области).

При объективном обследовании не обнаруживается адекватной медицинской патологии. Боли наиболее выражены при афферентной напряженности при бессоннице.

Иногда боли сопровождаются припухлостью суставов и ограничением их

подвижности. Профилактический эффект дает психотерапия. Психогенный псевдоревматизм возникает в начале фазы депрессии, на высоте депрессии боли исчезают.

Повторные проявления отмечаются по выходе из депрессии. При неправильно поставленном диагнозе боли остаются, человек получает инвалидность.

Лечение психосоматических расстройств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Фитотерапия

При нарушениях деятельности сердца с сопутствующей бессонницей рекомендуется лекарственный сбор следующего состава: цветки ромашки лекарственной — 10,0 г; цветки ландыша майского — 10,0 г; плоды фенхеля — 20,0 г; листья мяты перечной — 30,0 г; корень валерианы — 40,0 г. Сбор принимают в виде настоя в течение дня в несколько приемов. Курс лечения составляет 12—14 дней.

Ликвидации внутреннего эмоционального напряжения и улучшению сна способствует следующий фитосбор: корень валерианы — 15,0 г; шишки хмеля — 15,0 г; листья мяты перечной — 30,0 г; трава пустырника — 30,0 г. Настой принимают по 2 стакана утром и вечером или глотками в течение дня. Курс лечения составляет 12—14 дней. При психосоматических расстройствах сердечно-сосудистой системы рекомендуются также и другие сборы лекарственных растений:

I. Листья мяты перечной — 20,0 г; корень валерианы — 10,0 г; листья вахты трехлистной — 20,0 г; шишки хмеля — 10,0 г. Стакан настоя принимают глотками в несколько приемов в течение дня. Курс лечения составляет 2—3 недели.

II. Листья мяты перечной — 30,0 г; корень валерианы — 40,0 г; цветки ландыша — 10,0 г; плоды фенхеля — 20,0 г. Настой принимают по 1/2 стакана 1—2 раза в день. Курс лечения составляет 2—4 недели.

III. Мята перечная (листья) — 30,0 г; пустырник пятилопастный (трава) — 30,0 г; валериана лекарственная (корень) — 20,0 г; хмель обыкновенный (шишки) — 20,0 г. Принимать по 1/2 стакана настоя 3 раза в день при нервном возбуждении, раздражительности, бессоннице.

IV. Валериана лекарственная (корень) — 25,0 г; пустырник пятилопастный (трава) — 25,0 г; тмин обыкновенный (плоды) — 25,0 г; фенхель обыкновенный (плоды) — 25,0 г. Принимать по 1/2 стакана настоя 3 раза в день при нервном возбуждении и учащенном сердцебиении.

V. Валериана лекарственная (корень) — 30,0 г; мята перечная (листья) — 30,0 г; вахта трехлистная (листья) — 40,0 г. Принимать по 1/2 стакана в день при нервном возбуждении и раздражительности.

VI. Хвощ полевой (трава) — 20,0 г; горец птичий (трава) — 30,0 г; боярышник кроваво-красный (цветки) — 50,0 г. Принимать по 1/3—1/4 стакана настоя 3—4 раза в день при учащенном сердцебиении, раздражительности и бессоннице.

VII. Валериана лекарственная (корень) — 30,0 г; пустырник пятилопастный (листья) — 30,0 г; тысячелистник обыкновенный (трава) — 20,0 г; анис обыкновенный (плоды) — 20,0 г. Принимать в виде настоя по 1/3—1/4 стакана 2—3 раза в день при болях в сердце.

Психотерапия

Виды психотерапии

Психотерапия представляет собой систему лечения болезней с помощью средств психического воздействия. Существует множество способов и методов психотерапии, однако все они могут быть разделены на три основные группы:

- рациональную психотерапию;
- суггестивную (суггестия — внушение) психотерапию;
- аналитическую психотерапию (психоанализ).

Рациональная (рассудочная) психотерапия основана на способах разъяснения и логических выкладках, адресована к интеллекту человека.

Суггестивная психотерапия предусматривает воздействие на пациента с помощью внушения. Внушение может быть прямым и косвенным, может проводиться в состоянии бодрствования и в состоянии гипноза.

Гипноз (от греч. hypnos — сон) представляет особое состояние человека, вызываемое с помощью внушения и характеризующееся повышением восприимчивости к психологическому воздействию гипнотизируемого и понижением чувствительности ко всем другим влияниям.

Психоанализ представляет собой метод лечения, в основе которого лежит воздействие на подсознание индивида. Основателем психоанализа считается Зигмунд Фрейд, родившийся в Австрии в 1856 г. Всемирную известность среди врачей-неспециалистов в области психотерапии и самых широких слоев населения метод психоанализа и имя самого Фрейда приобрели благодаря его работам по исследованию таких сторон человеческой психики, как подсознание, сексуальность и их влияние на индивида. Однако совсем неверно считать, что все открытое Фрейдом в области психики, психологии и психотерапии связано исключительно с сексуальностью человека. В качестве примера психоаналитического подхода представляем упражнение по психоаналитической практике, касающееся воспоминаний самого раннего детства (цит. по: Соколова Е. Т. Общая психотерапия. 2001).

Упражнение выполняется в течение 10—15 мин. Сядьте удобно, закройте глаза и расслабьте тело. Вы отправляетесь путешествовать в далекое прошлое своего детства. Начните разматывать свою жизнь как киноленту — от сегодняшнего дня к вчерашнему: год назад, два, три, дальше, дальше, вплоть до самого первого воспоминания. Позвольте себе увидеть неясные образы и картины; услышать звуки, голоса, слова, бессвязную речь; почувствовать запахи и прикосновения. Что вы чувствуете? Какие мысли приходят в голову? Позвольте себе просто побыть с ними сколько захочется. Потихоньку начинайте возвращаться в свое настоящее. Медленно откройте глаза, осмотритесь, отметьте, что вы чувствуете, что ощущаете телесно. Медленно измените позу. Если хотите, запишите в своем личном дневнике все, что вы пережили, ваши чувства и мысли об этом путешествии. Что нового вы пережили, открыли в себе или в других, с какими образами себя и других вы повстречались?

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка занимает видное место в арсенале способов лечения психосоматических заболеваний. Автором аутогенной тренировки в состоянии покоя считают J. Schultz, опубликовавшего в 1932 г. монографию «Das Autogene Training». Отправной точкой теоретической разработки метода был следующий известный факт: у больного в состоянии гипноза в теле появляется сначала чувство тепла, затем чувство тяжести. J. Schultz предположил, что, вызывая ощущение тяжести и тепла в теле, можно оказывать воздействие на сознание человека, и на основании этой концепции разработал лечебную методику аутогенной тренировки. Сущность метода заключается в том, что больной систематически приучается погружать себя в особое состояние, напоминающее легкую дремоту. Для достижения чувства тяжести и тепла пациент должен прежде всего научиться релаксации (расслаблению) мышц.

Классическая методика аутогенной тренировки по методу J. Schultz включает шесть основных упражнений. Первое упражнение имеет целью способствовать полному расслаблению мышц всего тела (максимально глубокому и полному); второе вызывает ощущение тепла в руках и ногах; третье направлено на произвольную регуляцию ритма

сердечной деятельности; четвертое воздействует на ритм и глубину дыхания; пятое вызывает ощущение тепла в области живота; шестое — ощущение прохлады в области головы. Все упражнения выполняются с помощью специально разработанных словесных формул самовнушения. Обучающий курс аутогенной тренировки включает:

I. Общее успокоение.

II. Достижение мышечной релаксации с внушением ощущения тяжести.

III. Вызывание ощущения тепла в конечностях.

IV. Вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении.

V. Овладение регуляцией ритма и частоты дыхания.

VI. Овладение регуляцией ритма и частоты сердечных сокращений.

VII. Мобилизующие упражнения.

VIII. Общее укрепление эмоционально-волевой сферы.

Занятия проводятся в помещении, где ничто не отвлекает внимания. Для достижения состояния максимального расслабления рекомендуются три основные позы: положение сидя в «позе кучера»; так называемая «пассивная поза»; положение лежа на спине. В «позе кучера» пациент сидит на стуле, голова слегка опущена, предплечья свободно лежат на передней поверхности бедер, кисти свешены и расслаблены, ноги удобно расположены.

Пассивная поза, или поза «полусна в кресле», или «поза полулежа в кресле»: пациент сидит в мягком удобном кресле с высокой спинкой и подлокотниками. Спинка кресла высокая и отклонена назад. Затылок и спина удобно и мягко опираются о спинку кресла, руки расслаблены, лежат на подлокотниках, ноги удобно умеренно расставлены.

Положение лежа на спине предусматривает достижение максимального комфорта: пациент лежит на ровной, умеренно мягкой поверхности, руки свободно лежат вдоль туловища, под головой расположен небольшой мягкий валик, ноги вытянуты и немного разведены носками кнаружи. Под колени также рекомендуется подложить валик.

Положение сидя обычно используется для групповой терапии; положение лежа рекомендуется при индивидуальных занятиях. После того как пациент занял необходимую позу, начинается собственно аутогенная тренировка, во время которой пациент мысленно произносит в определенной последовательности соответствующие формулировки. Для разных заболеваний разработаны соответствующие схемы лечения, определяемые терапевтом в каждом конкретном случае.

Терапевт произносит основные словесные формулы, затем делает паузу продолжительностью 5—7 с, во время которой пациент мысленно повторяет формулу и вызывает у себя образное представление о произнесенном.

Упражнения (словесные формулы), направленные на общее успокоение (цит. по В. С. Лобзин, М. М. Решетников. Аутогенная тренировка):

I. Я совершенно спокоен (вспомните приятное чувство покоя, испытанное вами когда-либо ранее).

II. Меня ничто не тревожит: (вспомните чувство приятного, безмятежного покоя).

III. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха (почувствуйте это расслабление, это несложно).

IV. Все мое тело полностью отдыхает (вспомните чувство приятного отдыха и расслабления, когда тело лежит в теплой ванне).

V. Я совершенно спокоен (повторить п. 1).

Упражнения, направленные на достижение мышечной релаксации:

I. Я чувствую приятную тяжесть в правой руке (представьте, что правая рука, как полый сосуд, наполняется свинцом, тяжелеет все больше и больше).

II. Чувство тяжести в моей правой руке все больше и больше (рука все больше и больше тяжелеет, тяжесть наполняет всю руку).

III. Моя правая рука очень тяжелая (продолжайте удерживать образное

представление тяжести).

IV. Приятная тяжесть наполняет мои руки и ноги (представьте, как обе руки и ноги тяжелеют).

V. Чувство приятной тяжести во всем теле все больше и больше нарастает.

VI. Все мое тело очень тяжелое (почувствуйте тяжесть во всем теле и зафиксируйте это приятное ощущение расслабления и тяжести).

VII. Все мое тело расслабленное и тяжелое.

Упражнения, направленные на достижение ощущения тепла в конечностях:

I. Я чувствую приятное тепло в правой руке (представьте, что вы погружаете правую руку в очень теплую, почти горячую воду).

II. Кровеносные сосуды правой руки слегка расширились (вспомните, как краснеет рука, когда ее погружают в горячую воду: это расширяются кровеносные сосуды, кровь приливает к руке).

III. Горячая кровь согрела мою правую руку (повторите уверенно, почувствуйте это).

IV. Приятное чувство тепла разлилось по моей правой руке (еще раз представьте, как появляется чувство тепла при погружении руки в почти горячую воду).

V. Правая рука вплоть до кончиков пальцев стала горячей (зафиксируйте это ощущение).

VI. Я расширяю сосуды моей правой руки (повторите формулу еще раз).

VII. Я могу это сделать — расширить сосуды в любом другом органе (повторите уверенно, продолжайте удерживать чувство тепла).

VIII. Я чувствую приятное тепло в левой руке.

IX. Моя левая рука теплая.

X. Я чувствую приятное тепло в обеих ногах.

XI. Мои ноги теплые.

XII. Приятное тепло разливается по всему моему телу.

Упражнения, направленные на вызывание ощущения тепла в солнечном сплетении:

I. Мое солнечное сплетение излучает тепло.

II. Приятное ощущение тепла пронизывает все внутренние органы.

III. Ощущение тепла в солнечном сплетении все больше и больше нарастает.

IV. Это расширяются кровеносные сосуды моего солнечного сплетения.

V. Приятное тепло наполняет все внутренние органы.

VI. Я расширяю сосуды солнечного сплетения.

VII. Я могу это сделать — расширить сосуды в любом другом органе.

Упражнения, направленные на овладение регуляцией ритма и частоты дыхания.

I. Я совершенно спокоен.

II. Мое дыхание замедляется.

III. Мое дыхание спокойное.

IV. Дышу ритмично, ровно.

V. Мое дыхание ровное, теплое.

VI. С каждым вдохом я все больше и больше успокаиваюсь.

VII. Я совершенно спокоен.

Формулы упражнений, направленных на овладение регуляцией ритма и частоты сердечных сокращений:

I. Я совершенно спокоен.

II. Сердце бьется ритмично, спокойно.

III. Мое сердце отдыхает.

IV. Мое сердце бьется ровно, ритмично.

V Приятное чувство отдыха и покоя охватило весь мой организм.

VI. Мой пульс замедляется, мое сердце отдыхает.

VII. Я совершенно спокоен.

Полный курс лечения методом аутогенной тренировки, его продолжительность, последовательность и количество занятий определяются врачом, имеющим соответствующую подготовку.

Гомеопатические средства

Фирма «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ» (Баден-Баден) выпускает ряд комплексных гомотоксикологических препаратов, широко применяемых у пациентов с различными функциональными расстройствами сердечной деятельности, включая аритмии:

- препарат валерианахель (Valerianaheel) представляет собой капли для приема внутрь (по 30 или 100 мл во флаконе). Лекарство оказывает седативное (успокаивающее), противоболевое и легкое снотворное действие. При применении препарата в указанных дозировках побочные действия не наблюдаются. Препарат не влияет на безопасность при управлении транспортом. Состав валерианахель: valeriana officinalis (бессонница, беспокойство, нервные расстройства); humulus lupulus (нервозность, бессонница);
- crataegus (сердечно-сосудистые болезни: слабость сердечной мышцы, сенильное старческое сердце, расстройства сердечного ритма, стенокардия и нарушения артериального давления);
- hypericum perforatum (заболевания периферической и центральной нервной системы);
- melissa officinalis (расстройства регуляции нервной системы; успокоительное средство);
- chamomilla recutita (состояние возбуждения, резкие боли, депрессии, судороги пищеварительного тракта);
- avena savita (состояние истощения, расстройства сна);
- acidum picrinicum (психическое истощение, склероз сосудов головного мозга);
- kalium bromatum (состояние возбуждения центральной нервной системы, ночные кошмары, лунатизм и бессонница, снижение памяти);
- ammonium bromatum (невралгические головные боли);
- natrium bromatum (нервные расстройства, повышенная возбудимость). Дозы и правила приема: обычно препарат следует принимать по 15 капель 3 раза в день; вечером принимают 25 капель. Детям в возрасте от 2 до 6 лет назначают по 5 капель препарата, от 6 до 12 лет — по 10 капель;
- климакт-Хель выпускается в виде подъязычных таблеток (0,3 г) по 50 штук в упаковке. Лекарство оказывает транквилизирующее (успокаивающее), а также обезболивающее и противовоспалительное действие. Препарат рекомендуется назначать для лечения сердечно-сосудистой системы в связи с климактерическими расстройствами. У лекарства нет противопоказаний, побочные эффекты при его приеме не выявлялись. Состав препарата: sanguinaria (мигрень, жалобы климактерического периода); sepia (различные заболевания женских половых органов, головные боли, бессонница, состояния истощения, психические нарушения и депрессии); sulfur (бессонница, нервные расстройства, слабость, депрессии); ignatia (нервные расстройства, депрессии, судороги мышц); stannum metallicum (невралгии); lachesis (невралгии, истощение, депрессии, климактерические жалобы, ослабление сердечно-сосудистой деятельности, психические расстройства и депрессии). Дозы и правила приема: обычно рекомендуется принимать по 1 таб. под язык 3 раза в день;

- кранолин выпускается в виде капель для приема внутрь по 30 или 100 мл во флаконе. Лекарство оказывает седативное и спазмолитическое действие, улучшает обменные процессы в сердце. Кранолин может назначаться не только при неврогенных нарушениях сердечной деятельности, но также и больным с сердечными болями ишемического характера. У препарата практически отсутствуют противопоказания и побочные эффекты. Состав лекарства: crataegus (расстройства сердечного ритма, нарушения артериального давления); spigelia (острые воспалительные заболевания миокарда, стенокардия, невралгии); kalium carbonicum (болезни сердца, нарушения водно-солевого обмена, общая слабость). Дозы и правила приема: обычная доза препарата составляет 10 капель 3 раза в день. Длительность курса должен определять лечащий врач.

- нервохель выпускается в виде подъязычных таблеток (0,3 г) по 50 штук в упаковке. Препарат оказывает антидепрессивное, снотворное, седативное и противосудорожное действие. Нервохель показан для лечения больных с различными психосоматическими нарушениями (бессонница, депрессия, состояние повышенной возбудимости). Лекарство не обладает побочными действиями и не имеет противопоказаний. Состав препарата: acidum phosphoricum (состояние физического и психического истощения); ignatia (нервные расстройства, депрессии, мышечные судороги); sepia (головные боли, бессонница, истощение, психические расстройства и депрессии); psorinum-nosode (состояние слабости, головная боль, депрессия); kalium bromatum (состояние возбуждения центральной нервной системы, ночные кошмары, бессонница, нарушения памяти); zincum valerianum (бессонница на нервной почве, нервные боли). Дозы и правила приема: препарат обычно принимают по 1 таб. под язык 3 раза в день.

Наряду с представленными базовыми препаратами, используемыми для лечения заболеваний с характерной психосоматической симптоматикой, могут быть рекомендованы также и другие гомотоксикологические лекарства фирмы «Хеель».

- Спигелон: основное применение находит у пациентов, страдающих головными болями. Наряду с обезболивающим эффектом препарат оказывает и успокаивающее действие. Лекарство выпускается в таблетках, которые следует принимать подъязычно по 1 таб. 3 раза в день. Препарат не вызывает побочных эффектов и не имеет противопоказаний.

- Церебрум композитум Н может назначаться больным с депрессивными расстройствами, так как при его применении улучшается деятельность головного мозга. В состав лекарства входят компоненты, показанные пациентам в состоянии психического истощения. Церебрум композитум Н выпускается в ампулах, вводят его обычно от 1 до 3 раз в неделю подкожно, внутримышечно или внутривенно. Побочными эффектами лекарство не обладает, противопоказания не выявлены.

- Кор композитум показан для лечения нарушений сердечного кровообращения и аритмий. Оказывая многостороннее действие на работу сердца, препарат также улучшает настроение больного. Кор композитум выпускается в ампулах, вводится подкожно, внутримышечно или внутривенно с частотой от 1—3 раз в неделю до ежедневного применения в острых случаях.

- Раувольфия композитум показана для нормализации артериального давления; в состав препарата введены компоненты, используемые при лечении бессонницы, различных нервных расстройств, слабости и депрессии. Препарат выпускается в ампулах по 2,2 мл. Лекарство вводят внутривенно, внутримышечно или подкожно 1—3 раза в неделю. Раувольфию композитум не следует вводить при заболеваниях щитовидной железы без согласования с лечащим врачом.

- Хина-Гомаккорд С находит применение в случаях нервно-психического истощения, депрессивных состояний, при бессоннице. Препарат выпускается в каплях. Обычный режим дозирования предусматривает прием 10 капель 3 раза в день. В острых

случаях лекарство принимают по 10 капель через 15 мин в течение не более 2 ч.

Концерн «Эдас» для лечения функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы выпускает следующие лекарства: препарат Эдас-106 (капли) или Эдас-906 (гранулы), содержащий crataegus (слабость сердечной мышцы, расстройства сердечного ритма, стенокардия, повышение артериального давления); nitroglycerinum (сердцебиение, грудная жаба, артериальная гипертензия); melilotus (повышение артериального давления с головными болями); nux vomica (хронические интоксикации, злоупотребление алкоголем, табакокурение). Лекарство показано пациентам с расстройством сердечного ритма, экстрасистолией функционального характера, болью в области сердца и при повышенном артериальном давлении. Для лечения невротических состояний показан прием капель Эдас-111 или гранул Эдас-911, содержащих coffea (повышенная возбудимость, бессонница, пульс учащенный, неправильный, часто прерывающийся), ignatia (частая смена настроения — грусть сменяется чрезмерной веселостью, повышенная слезливость, астения); passiflora (нервное перевозбуждение, бессонница, связанная с перенапряжением нервной системы). Лекарство показано при бессоннице с невозможностью самостоятельно отключиться от наплыва мыслей, при состояниях после бурных переживаний и эмоциональных потрясений. При назначении данного препарата характерным симптомом является ощущение комка в горле.

Сироп Эдас-306 назначают пациентам с повышенной раздражительностью, беспокойством, забывчивостью, поспешностью в движениях, при психоэмоциональных нарушениях вследствие хронических заболеваний. Для этих больных характерно нарушение фазы засыпания, тревожный сон, бессонница. Состав сиропа: passiflora (бессонница, психоэмоциональные расстройства); ambra (повышенная раздражительность, беспокойство, забывчивость, поспешность движений, тревожный, беспокойный сон, бессонница); pulsatilla (неуравновешенность психоэмоциональной сферы, расстройство фазы засыпания); tinct. valerianae (ипохондрия — подавленность, угнетенное состояние). При функциональных расстройствах сердечно-сосудистой деятельности у женщин, связанной с климактерическим синдромом, показано назначения препарата Эдас-101 (капли) или Эдас-901 (гранулы). Данный комплекс включает lachesis (расстройства эмоциональной сферы в период климакса); sepia (нервное истощение, депрессия); cimicifuga (различные нарушения физиологических функций и психоэмоциональной сферы в климактерический период); ignatia (депрессия, неустойчивость настроения, повышенная раздражительность). Препарат показан при приливах жара, выраженной потливости (горячий пот), жгучей боли в темени, стесненном до удушья дыхании, ощущении комка в горле. Неприятные ощущения вызывают стесняющая одежда, различные украшения, малейшее прикосновения к горлу и шее.

При назначении лекарства характерны бледность лица и головная боль с ощущением давления на макушку. Головная боль усиливается после сна и от воздействия прямых солнечных лучей. Типично чередование противоположных эмоциональных состояний: активности, деятельности, возбуждения, болтливости с быстрым изменением темы разговора и мрачного, подавленного настроения в сочетании с сонливостью, депрессией, ощущением себя глубоко несчастным. Характерно появление внезапной слабости, иногда в сочетании с дрожью, сердцебиения, раздражительности, головокружения, нестабильности артериального давления.

Йога-терапия

Учение йоги (в переводе с санскрита слово «йога» означает союз, связь) специалисты рассматривают как гармонию трех начал человека: физического,

психического и духовного. Существует несколько направлений йоги: хатха-йога представляет собой путь к физическому совершенству; крия-йога рассматривает моральные ценности бытия; раджа-йога (высшая йога) способствует раскрытию потенциальных возможностей личности путем саморегуляции психики с помощью специальных методов концентрации внимания, аутогенной тренировки и т. д. Первой ступенью на пути совершенствования личности является крия-йога, состоящая из двух неразрывных частей: яма и нияма.

Яма включает пять основных разделов: ахимса учит относиться к другим людям так же, как бы вы хотели, чтобы относились к вам; никому и ничему не причинять вреда делами, словами и мыслями; сатья учит правдивости и искренности; астейя предусматривает избавление от зависти, алчности; брахмачарья проповедует умеренность; апариграха предусматривает свободу от накопительства.

После того как человек усвоил принципы ямы, он приступает к постижению ниямы, также предусматривающей пять основных положений: шаоча является краеугольным камнем ниямы и предусматривает внутреннее и внешнее очищение; сантоша учит достижению уравновешенности, контролю над желаниями, причем тапас тела развивает самодисциплину путем соблюдения гигиенических принципов, закаливанием и физическими упражнениями, тапас речи учит говорить только правду и предусматривает контроль речи, а тапас ума развивает уравновешенность, самоконтроль ума в любых обстоятельствах; свадхьяя предусматривает регулярное чтение литературы, освещающей вопросы культуры, философии, физиологии; йшвара-пранидхана учит находиться в гармонии как с собой, так и со всем миром.

Изучение ямы и ниямы с физиологической и медицинской точек зрения обусловлено тем, что человек для сохранения здоровья должен находиться в гармонии с окружающей его средой. Социальные факторы оказывают важное, а нередко и решающее влияние на конкретного индивидуума, на конкретную личность. Многие факторы социальной жизни оказывают повреждающее действие на здоровье человека, влияя на его психоэмоциональную сферу. Обучаясь яме и нияме, человек освобождается от пороков, вредных привычек, приобретает способность контроля над собой.

Многие заболевания, учит йога, возникают под влиянием прямых или опосредованных психологических воздействий: стрессов, отрицательных эмоций, дурных мыслей и действий, приводящих к различным заболеваниям тела и души. Важно, что эти заболевания зачастую проявляются спустя многие дни, месяцы и даже годы после действия повреждающих факторов.

Поза в хатха-йоге называется асаной (положение тела для сохранения неподвижного состояния или для подготовки последующего движения). Асаны оказывают выраженное действие на весь организм не только в физическом, но и в психологическом аспекте. Известно, что психическое состояние непременно влияет на состояние физическое. Согласно представлениям йоги, асаны способны влиять на психику человека, что используется в йоготерапии. Асаны приводят к устойчивости не только тела, но и разума, способствуют преодолению неустойчивости и изменчивости. Считается, что правильно выполненная асана характеризуется плавным, легким, свободным и красивым ее началом (входом) и таким же плавным окончанием (выходом). Приняв позу, следует максимально расслабить тело и сознание, но сама асана (положение тела) при этом сохраняется.

Заниматься йогой можно в любое время суток, но лучшим временем считается раннее утро перед восходом солнца. Упражнения следует выполнять или натощак (утро) или через 4 ч после приема пищи. Вечером можно заниматься не позднее чем за час до захода солнца. Помещение должно быть хорошо проветрено, на пол кладется коврик (желательно из натуральной ткани); одежда должна быть свободной, не стеснять движений. Заниматься лучше всего одному, в тишине, босиком или в носках. Основные принципы при освоении упражнений йоги: последовательность с постепенным переходом

от простого к сложному; регулярность и систематичность; умеренность.

Асаны, рекомендуемые для коррекции психоэмоционального состояния

Тратака представляет собой упражнение по сосредоточению, концентрации зрительного внимания. С технической точки зрения тратака является способом тренировки фиксации взгляда на каком-либо объекте. Данное упражнение воздействует на сознание, вырабатывает способность концентрировать свое внимание. Способность концентрации является важнейшим фактором, позволяющим добиться поставленной задачи.

В центре стандартного листа бумаги необходимо нарисовать черный, синий или зеленый круг диаметром 2 см. Лист бумаги следует укрепить на стене, на высоте глаз человека, сидящего на полу по-турецки. Расстояние от глаз до листа (стены) составляет 1,2—1,5 м. Освещение должно быть или естественным (дневной свет), или можно использовать обычную лампу накаливания, но не лампу дневного света, создающую эффект мерцания.

Поскольку тратаку выполняют в положении сидя на полу, даем описание необходимой позы:

- удобная поза (сукхасана). В данной позе можно пребывать длительное время, не испытывая ни малейшего дискомфорта. Эта поза неудобна для тех, кто привык сидеть на стуле. Она дается сравнительно легко и является подготовительным упражнением для более сложных сидячих поз, хотя удобная поза нередко и сама исполняется во время практики пранаямы (дыхательных упражнений) и концентрации внимания. Сядьте на коврик, скрестив ноги так, чтобы левая ступня располагалась под правой голенью и бедром, а правая ступня — под левой голенью, или скрестив ноги по-турецки. Ладони положите на колени. Туловище, шея и голова должны находиться на одной прямой линии. Слегка прогнитесь в области поясницы, чтобы не было лишнего напряжения в мышцах спины и было удобно сидеть. Постарайтесь полностью расслабить все тело. Смотрите прямо перед собой в одну точку. Дышите произвольно, неглубоко, через нос. Внимание следует сосредоточить на позвоночнике, чтобы он был прямой. Оставайтесь в таком положении в течение одной минуты. Затем, если ноги устали, немного отдохните, вытянув их вперед и опираясь руками на коврик позади спины. Повторите упражнение, поменяв положение ног.

Примите удобную позу на расстоянии 1,2—1,5 м от стены, на которой прикреплен лист, и, не отрывая от него взгляда, не мигая и в то же время не напрягая зрения, смотрите на нарисованный круг. Глаза следует держать открытыми в среднем положении — не прищуриваясь и не расслабляясь. Старайтесь ничего, кроме круга, не замечать, внимание полностью сконцентрируйте на нем. Смотреть необходимо до тех пор, пока не моргнете или пока не потекут слезы. Поначалу упражнение будет занимать несколько секунд, затем по мере приобретения навыка продолжительность его будет увеличиваться. При правильном выполнении тратаки глаза должны быть расслаблены. Продолжительность упражнения не должна превышать 10—15 мин. Выполнять упражнение следует ежедневно — один раз утром или вечером перед сном. По окончании тратаки следует некоторое время посидеть с закрытыми глазами. После упражнения наступает ощущение свежести в голове, отмечается ясность мышления, улучшается работа мозга.

Очищение горлового нервного сплетения. Исходное положение: встаньте прямо, пятки и носки ног вместе, руки свободно опущены вниз. Смотрите прямо перед собой в одну точку.

Сконцентрируйте свое внимание на гортани и сделайте через нос спокойный и медленный вдох. Упражнение начинается с резкого и быстрого выдоха через нос и короткого поверхностного вдоха (тоже через нос). Выдохи и вдохи выполняются в быстром темпе, словно вы собираетесь продуть гортань и носовые ходы. При правильном выполнении этого упражнения будет получаться шипящий звук. Дыхание должно быть

неглубоким и резким одновременно. Плечи и все тело старайтесь удерживать неподвижно. Считая выдох и вдох за один раз, следует первые 10 дней упражнение выполнять по 10 раз, затем прибавлять по одному разу каждые 10 дней, всего до 25 раз.

Упражнение для развития ума и силы. Исходное положение то же. Голову откиньте максимально назад, смотрите вверх широко раскрытыми глазами. Внимание сконцентрируйте на макушке, совершайте резкие выдохи и вдохи через нос, как в предыдущем упражнении и такое же число раз.

Упражнение для развития памяти. Исходное положение: встаньте прямо, пятки и носки ног вместе, руки свободно опущены вниз. Смотрите на пол, в точку, расположенную на расстоянии полутора шагов от пальцев ног. Для проверки нужного наклона головы следует приложить ребро правой ладони к основанию шеи, а подбородок опустить до большого пальца кисти. Находясь в таком положении, сосредоточьте внимание на переносице и совершайте выдохи и вдохи как при выполнении двух предыдущих упражнений и такое же число раз.

Упражнение для развития интеллекта. Исходное положение то же, что и в предыдущем упражнении, но голову нужно наклонить вперед так (не разжимая зубов), чтобы подбородок прижался к яремной впадине. Внимание при выполнении упражнения концентрируйте на впадине под затылком; техника, число выдохов, вдохов и повторений те же, что и в трех предыдущих упражнениях.

Данные упражнения считаются весьма полезными при умственном и эмоциональном утомлении, способствуют улучшению кровообращения головного мозга.

Так называемая «мертвая поза» содержит элементы хатха- и раджа-йоги. Эта асана при правильном выполнении дает ощущение отдыха, снимает усталость, вызванную тяжелым умственным или физическим трудом. «Мертвую позу» можно выполнять в любое время суток, если вы испытываете значительное умственное или физическое утомление. Эта асана также показана, если вы чрезвычайно взволнованны.

Исходное положение: лежа на спине, пятки и носки ног вместе, руки прижмите к туловищу, смотрите прямо вверх.

I стадия: закройте глаза, напрягите все тело, затем расслабьте его. При этом голова может наклониться вправо или влево, руки — свободно откинуться ладонями вверх, носки и пятки ног разойдутся. Затем мысленно проконтролируйте полное расслабление всего тела, начиная с пальцев ног и до мельчайших мышц лица и головы. Мысленный контроль расслабления следует проводить в следующей последовательности: левая нога — правая нога — правая рука — левая рука — ягодицы — поясница — спина — живот — грудная клетка — плечевой пояс — шея — лицо — волосистая часть головы. Повторите расслабление мышц тела еще раз в той же последовательности, затем мысленно расслабьте внутренние органы. При правильном расслаблении появляется ощущение тепла в конечностях. Не расстраивайтесь, если ощущение тепла не придет сразу; через непродолжительное время (не более 1—2 недель) эффект будет достигнут.

II стадия: оставаясь расслабленным и не открывая глаз, представьте себе ясное, голубое, безоблачное небо. В конце второй стадии внимание начинайте концентрировать на сердце.

III стадия: после выполнения релаксации (расслабления) и продолжая представлять себе голубое, безоблачное небо, вызовите у себя ощущение полета, представив себя летящей птицей. Вы можете при этом перестать чувствовать свое тело. В этом состоянии желательно находиться не менее 5 мин. Концентрация внимания — на сердце.

Выход из асаны: сделайте вдох, поднимите руки вверх и потянитесь всем телом, как после сна, затем медленно и плавно сядьте, откройте глаза и спокойно встаньте. Резко выходить из этой позы не рекомендуется. Дыхание на всех стадиях упражнения произвольное, ровное, неглубокое, через нос. Общая продолжительность всех стадий обычно не превышает 10 мин.

«Мертвая поза» позволяет ликвидировать нервозность, психическую напряженность, преодолеть стресс. Кроме того, асана оказывает благотворное влияние при повышенном артериальном давлении, способствует лечению бессонницы.

Упражнение, развивающее скрытую силу. Исходное положение: встаньте прямо, носки и пятки ног вместе, руки свободно опущены вниз, спина прямая, смотрите прямо перед собой в одну точку.

Расслабьте мышцы левой ноги, резко согните ее в коленном суставе и быстро ударьте левой пяткой по левой ягодице, при этом бедро должно сохранять вертикальное положение. Затем то же самое проделайте правой ногой. Выполняйте упражнение поочередно обеими ногами в быстром темпе, ритмично, без фиксации в крайних положениях. Дыхание при выполнении упражнения произвольное, ритмичное, неглубокое, через нос. Внимание концентрируется на копчике. Считая удар левой и правой ногой за один раз, первые 10 дней упражнение выполняйте 10 раз. Прибавляя каждые 10 дней по одному удару, доведите общее число до 25 раз.

Считают, что это упражнение способствует пробуждению скрытой, потенциальной энергии человека. Упражнение вызывает появление способностей, ведущих человека к возможности самореализации.

Два упражнения для успокоения нервной системы. Данные упражнения способствуют развитию концентрации и сосредоточения, помогают отключению от окружающей обстановки и навязчивых мыслей. Исходное положение — удобная поза, дыхание спокойное, произвольное, через нос.

I. Закройте глаза, положите большой палец правой руки на межбровье, остальные пальцы держите вместе, локоть поднимите на уровень плеча, левая рука при этом лежит на левом колене. Внимание концентрируйте в области межбровья (так называемый «третий глаз»). Затем ладонью правой руки делайте медленные вращательные движения влево и вправо, вокруг оси большого пальца. Старайтесь ни о чем не думать, попробуйте отключить сознание, удалить из головы все мысли. Продолжительность упражнения составляет до 10 мин. Выполнять упражнение можно в любое удобное для вас время, только не сразу после еды.

II. Исходное положение — удобная поза. Закройте глаза, дышите произвольно, внимание сконцентрируйте на межбровье («третий глаз»). Двумя указательными пальцами (кисти рук должны быть расслаблены) выполняйте поглаживающие движения от межбровья к вискам. Поглаживающие движения старайтесь выполнять медленно и плавно, без сильного нажима. Постарайтесь исключить мысли, не думайте ни о чем. Продолжительность упражнения не должна превышать 10 мин.

Лечебная «поза дерева» имеет четыре позиции, которые отличаются друг от друга различным положением рук. Упражнение выполняется стоя. Рекомендуется оставаться в нем столько, сколько приятно.

Исходное положение: ступню правой ноги поставьте на внутреннюю сторону бедра левой ноги пяткой к паху, а пальцами вниз. Можно поступить наоборот, если вам так удобнее: ступню левой ноги поставить на внутреннюю поверхность правого бедра пяткой к паху и пальцами вниз.

Первая позиция: ладони вместе, большие пальцы касаются грудины, кончики пальцев направлены к подбородку, локти направлены в стороны. В статичном положении старайтесь отключить мысли.

Вторая позиция: ладони вместе, но кончики пальцев направлены вперед.

Третья позиция: руки вытянуты вперед, ладони вместе.

Четвертая позиция: руки вытянуты вверх, ладони вместе.

Упражнение во всех позициях выполняется со сменой ног. Дыхание произвольное, неглубокое, через нос. Эта асана способствует развитию сосредоточенности и концентрации внимания, позитивно влияет на нервную систему, так как упражнение выполняется с отключением мыслительного процесса. Каждый день выполняют лишь

одну позицию для рук, меняют лишь положение ног.

Заключая тему психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы, представляется необходимым обратиться к размышлениям классиков медицины, одним из которых является Джеймс Тайлор Кент, великий гомеопат, лекции которого, прочитанные в 1900 г. и изданные через сто лет, звучат необычайно современно. Дж. Т. Кент писал, что «причина заболевания кроется внутри организма, а не снаружи, и, следовательно, в первую очередь необходимо устранить причину, а не следствие. Самое главное, определяющее в человеке, — это его воля, характер, затем разум и только потом его физическое тело».

«Любые процессы управления распространяются от центра к периферии, причем, так сказать, в каждом стандарте существует только одна единица измерения. У человека центром управления является головной мозг, и именно он регулирует процессы жизнедеятельности в каждой клетке организма. Оттуда поступают все команды — правильные или неправильные, ведущие к установлению гармонии или вызывающие беспорядок; оттуда начинаются болезни, и, естественно, оттуда начинается излечение» (Дж. Т. Кент).

«Какую бы структуру мы ни рассматривали, видно, что она управляется и контролируется из одного центра. Все процессы, протекающие в человеческом организме, управляются и контролируются головным мозгом, который является высшим центром, и все команды распространяются от центра к периферии. Когда не нарушен внутренний порядок, то организм способен самостоятельно справиться с любым внешним повреждающим воздействием» (Дж. Т. Кент).

«Система управления человеческим организмом состоит из трех уровней: головной мозг — спинной мозг — нервы. Рассматривая более глубоко, мы можем выделить волю (свободу действий) и разум, которые составляют жизненную силу, представляющую собой внутреннюю, нематериальную сущность человека, и физическое тело — материальную субстанцию человека» (Дж. Т. Кент).

Психосоматические расстройства при заболеваниях дыхательной системы

Функции дыхательной системы

С дыханием связаны многие физиологические функции: доставка кислорода к тканям, выделение углекислого газа, регуляция температуры тела, выведение жидкости и т. д.

В поддержании жизненных функций организма дыхание действует по физиологическим принципам регуляции и управления.

Исходя из этого, дыхание следует рассматривать как своеобразное промежуточное состояние между произвольным и непроизвольным актом, между открытой и закрытой сферой регуляции. Человек по-разному пользуется своим дыханием в разных жизненных ситуациях, что не всегда предусмотрено физиологией. Дыхание является двигательным актом, оно выступает как средство выражения в сфере межличностных отношений и является выразителем внутреннего состояния человека.

Факторы, влияющие на функции легких

Физиологические функции легких — насыщение крови кислородом и поддержание кислотно-щелочного равновесия — протекают у человека на фоне ситуационных и аффективных условий его социальной жизни с ее все новыми закономерностями.

Простое возбуждение как элементарная и еще недифференцированная форма таких аффективных состояний, как страх, гнев, ярость и т. д., приводит к учащению дыхания.

Длительно сохраняющееся, не находящее разрядки возбуждение (например, сексуальное) может проявляться характерным типом дыхания, гипервентиляцией. Уравновешенное, приятное настроение приводит к спокойному и гармоничному ритму вдоха и выдоха, как это бывает во сне. В состоянии ужаса, внезапного потрясения может наступить кратковременная остановка дыхания.

Вдох и выдох могут видоизменяться внешне почти незаметным образом. Акт вдоха может растягиваться, задерживаться так, что наступает вздох. Выдох также может укорачиваться или затягиваться и этим как бы акцентироваться, пока не наступит чувство облегчения при вздохе. Вздох при вдохе — «горестный», при выдохе — «облегчающий», как при снятии тяжести, замечает E. Straus (1954 г.). В своей работе, посвященной вздоху, автор утверждает: «Вздох возникает тогда, когда нарушено равновесие между индивидуумом и окружающим его миром». Во вздохе проявляются угнетенность и тяжесть, которую нельзя сбросить. Вдох и выдох — это форма общения с миром и с самим собой.

Одышка

Клиническая картина

Главная жалоба при невротическом дыхательном синдроме — это недостаток воздуха и необходимость глубоко дышать, чувство стеснения в груди («ощущение пояса или обруча»). Часто отмечаются жалобы на пустоту в голове и зуд в руках и ногах. Нередко встречаются жалобы стенокардического характера, причем локализация боли и зоны Захарьина—Геда могут быть такими же, как при стенокардии. В отличие от коронаросклероза, подобные жалобы при невротическом дыхательном синдроме встречаются в основном в юношеском возрасте и не поддаются действию нитратов. При гипервентиляционном приступе среди субъективных ощущений преобладают чувство страха, ощущение удушья при форсированном глубоком дыхании с чувством нехватки воздуха, неприятными ощущениями в руках, лице и т. д. У больного цепенеют руки (положение рук в виде «лапок») и нередки спазмы верхней губы.

Заболевают большей частью молодые люди или люди среднего возраста, в основном женщины.

Основные симптомы одышки

Ведущий симптом этого функционального нарушения дыхания — нефизиологическое увеличение объема дыхания и одностороннее изменение типа дыхания: диафрагмальное дыхание не используется, а грудное дыхание преобладает.

Минутный объем дыхания составляет примерно 95% от необходимого; повышение вентиляции происходит за счет учащения дыхания. Дыхание становится либо поверхностным и частым с периодическими вздохами, либо меняется от беспокойного среднего положения до гипервентиляции. Полипноэ с беспокойной гипервентиляцией является специфическим проявлением страха. Полипноэ со вздохом чаще всего является выражением личностной ситуации, в которой сила напряжения и усилий не уравновешены и не нарастают. Это дыхание выражает расслабленность и разочарование, ибо, вопреки усилиям, поставленная цель уже не может быть достигнута. Одышка может иметь психологическое происхождение: например, гипервентиляция, связанная с тревожным расстройством. Нередко наблюдается периодическая одышка, носящая то характер «дыхания гончей собаки», то сопровождающаяся разнообразными звуками (свистящими, шипящими, клокочущими и др.), то имитирующая приступы бронхиальной астмы (псевдоастматические приступы), то приступы икоты.

Лечение

При хронических гипервентиляционных состояниях показана дыхательная терапия или аутогенная тренировка по методике И. Шульца — перевод ненормального (большей частью грудного) дыхания на более легкое диафрагмально-брюшное. При аутогенной тренировке часто бывает достаточно достигнуть первой основной ступени — упражнений по концентрации внимания на переживании покоя и тяжести, которые при правильной технике аутогенной тренировки вначале снимают напряжение в мышцах рук, а затем постепенно вызывают расслабление всей мускулатуры.

Бронхиальная астма

Хронический бронхит часто сопровождается тревогой и депрессией. В настоящее время все более широко внедряются программы реабилитации для пациентов с заболеваниями органов дыхания, предусматривающие физическую тренировку и применение методов поведенческой терапии (Make B. G., 1986 г.). Бронхиальная астма — заболевание дыхательных путей, которое характеризуется повышенной готовностью реагирования трахеобронхиальной системы на целый ряд стимулов. Патофизиологически речь идет о значительном сужении дыхательных путей, которое устраняется спонтанно или под влиянием лечения. Клиническая картина определяется отеком слизистых оболочек, бронхоспазмом и нарушением секреции. С этиологических позиций бронхиальная астма — гетерогенное заболевание, которое может вызываться разными воздействиями. Влияние различных факторов при этом можно частично или полностью интерпретировать с психосоматической точки зрения.

Классификация бронхиальной астмы

На основе клинической практики бронхиальную астму принято делить на «внешнюю» (аллергическую) и «внутреннюю». Аллергическая астма часто ассоциируется с наличием в личном или семейном анамнезе аллергических заболеваний, таких, как ринит, крапивница и экзема. Положительные кожные и провокационные тесты, как и повышенный уровень иммуноглобулинов класса E (IgE) в сыворотке крови, указывают на наличие типичной реакции на специфический антиген.

Патогенетический механизм

Если больные не обнаруживают этих реакций, то патология определяется как «внутренняя» астма. Вызывается она чаще инфекцией. Повышенная реактивная готовность (гиперсенсибилизация) дыхательных путей при бронхиальной астме может быть обусловлена многими факторами. Однако лежащие в ее основе механизмы остаются неизвестными. При воздействии инициирующего фактора (контакт с антигеном, инфекция, стресс, психические перегрузки, прием лекарств, влияние среды) активируются тучные клетки и макрофаги. Это способствует высвобождению медиаторов (гистамин, брадикинин и др.), которые воздействуют непосредственно на мускулатуру дыхательных путей и проницаемость капилляров, вызывая интенсивную локальную реакцию, которая и приводит к астматическому приступу.

Клиническая картина

Во время приступа больной испытывает острую тяжелую нехватку воздуха. При этом в первую очередь затрудняется и пролонгируется выдох, который становится громким, отчетливо слышимым. Переживания больных во время приступа и при подострых состояниях легкой нехватки воздуха ограничиваются исключительно актом

дыхания. Больной поглощен состоянием своего дыхания. В его поведении примечательно то, что во время приступа он недоступен, держится отчужденно, с ним трудно установить контакт. Это отличает астматиков от других больных с легочными заболеваниями, сопровождающимися одышкой. При хронической астме бросается в глаза все более нарастающая тенденция больных к самоизоляции. Бронхиальная астма может возникать в любом возрасте, но чаще всего она развивается в первые 10 лет жизни. Преобладают мальчики, которые заболевают в 2—3 раза чаще, чем девочки. В половине случаев астма излечивается в пубертатном периоде. В более старших возрастных группах преобладают женщины.

Патологические компоненты бронхиальной астмы

Источники соматических и психических влияний в многофакторных астматических процессах многообразны. В целом болезненный процесс сводится к триаде: бронхоспазм, отек слизистой оболочки и нарушение мукозной секреции. Вегетативно обусловленное спастическое состояние мускулатуры бронхов и бронхиол приводит к повышению бронхиальной ригидности, которая затем нарастает за счет набухания и секреции слизистой оболочки. Определенную роль при этом играет также судорожное состояние произвольно иннервируемой дыхательной мускулатуры, особенно диафрагмы.

Три функциональных компонента, которые образуют «субстрат» астмы, — бронхоспазм, секреторная и воспалительная дискриния и судорога диафрагмы — нельзя понимать просто как сумму изолированно нарушенных функций. Скорее, это единый взаимосвязанный процесс, который можно рассматривать как координирующий шаблон в плане защитной функции организма.

При попадании в нос даже малых доз раздражающих веществ повышается интенсивность дыхания, усиливается и пролонгируется экспираторное дыхание, затормаживается деятельность диафрагмы и мускулатуры грудной клетки. При возрастающей концентрации газа может развиться преходящее апноэ, а затем дыхание становится преимущественно экспираторным и остается повышенно интенсивным. В это время присоединяются спазм бронхов и повышенная секреция слизи, которая частично обусловлена непосредственным раздражением дыхательных путей. Парциальные функции (спазм бронхиол, перестройка дыхательной моторики, гиперсекреция) при этом расстройстве выступают как функциональное единство. Цель этого функционального шаблона — действие, направленное во внешнюю среду для защиты от чужеродных веществ. Однако биологическая функция приобретает у человека еще и новый субъективный элемент: индивидуум отвечает не только на объективное раздражение, но и на то значение, которое заключается в ситуации раздражения.

В формировании бронхиальной астмы как аллергической реакции принимают участие многие иммунные, нейроэндокринные и клеточные системы. Таким образом, бронхиальная астма — не локальный процесс, а сложный вид взаимодействия всех систем организма. При этом характерны собственная динамика развития и возможность ее обособления при нарастании поливалентности повышенной чувствительности в отношении других многочисленных раздражителей. Эта поливалентность касается также существенно значимых ситуаций и процессов.

Этиология

Бронхиальная астма в плане дыхательного поведения объясняется как заученные ошибочные условные рефлексы. Наблюдения показывают, что типичные астматические приступы могут провоцироваться произвольно или непроизвольно, под влиянием настроения больного, которое он сам вызывает. Экспериментально воспроизводимые приступы обусловлены, прежде всего, неправильной дыхательной моторикой и так называемой бронхиальной гиперактивностью.

Факторы риска бронхиальной астмы

Этиологически важными факторами в ситуации развития заболевания могут служить воспалительные, аллергические или психологические факторы. Становится очевидным, что в болезненный процесс вовлекается не только дыхание, но и функциональные системы всего организма.

Психосоматические факторы также участвуют в патогенезе аллергической бронхиальной астмы. Так, среди факторов, имеющих значение в ее развитии, лишь 30% относятся к эмоциям, 40% — к инфекциям и 30% — к аллергии. Бронхиальная астма является классическим примером многофакторной обусловленности болезни, при которой взаимодействуют многочисленные соматические и психические факторы. Согласно H. Weiner (1977 г.), эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс. Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые имеют характер требования в направлении враждебно-агрессивного или нежного и преданного выражения чувств. Такому проявлению чувств противостоит, однако, защита в форме актуальных ситуационных мотиваций или в виде характерной хронической невротической реакции. Сильные и часто амбивалентные переживания презрения и нежности лежат в основе защиты и вытеснения. Типично также сближение с чувством особого ожидания (так называемая астма первой брачной ночи).

Влияние стрессовых ситуаций на возникновение заболевания

Конечно, все ситуации заболевания невозможно привести к общему знаменателю. И все же с относительным единодушием говорят о наличии специфичности как характера требований, предъявляемых этими ситуациями, так и особенностей поведения. Ряд авторов интерпретируют появление астматических состояний в соответствии с теорией условных рефлексов, или теорией обучения, как условно-рефлекторный ответ на определенные психические и соматические раздражители: стресс, ярость, страхи, расстройства настроения, переживание разлуки или переохлаждение, запахи, определенный аллерген и т. д. Упомянутая дифференцировка ситуации заболевания с неспецифическими соматическими и психическими факторами соответствует понятию генерализации возбуждения. Это предполагает и исходную аллергическую реакцию в виде бронхиальной гиперактивности.

Основной конфликт у пациентов с бронхиальной астмой сосредоточен вокруг внутренних импульсов, которые угрожают привязанности к матери или замещающему ее человеку. Некоторые матери реагируют на первые признаки нежности или даже сексуальных побуждений ребенка отчуждением или отверганием. Сексуальные побуждения ребенка при этом несут опасность потерять благосклонность матери. Впоследствии намерение вступить в брак у этих пациентов порой становится исходной ситуацией для появления астматических приступов.

Особенно типичен для астматиков конфликт в связи с детской превербальной формой выражения в виде плача: плач как первая возможность позвать мать будет подавляться ребенком, потому что он боится материнских упреков и ее отказа. Матери астматиков часто проявляют амбивалентное поведение, которое одновременно выражает стремление к обладанию и руководству и в то же время отказ от этого. Поскольку близость к матери уже в раннем детстве сопряжена со страхом, то позже нарушаются доверительные отношения с матерью или лицом, ее замещающим. Больные находятся в состоянии конфликта между их желанием завоевать доверие и страхом перед этим. Отсюда, согласно F. Alexander (1951 г.), возникают нарушения функции дыхания: астматические припадки занимают место нарушенных в раннем детстве форм превербального общения.

Особенности личности астматиков

Не существует единой всеобъемлющей структуры личности, характерной для всех астматиков. При исследовании методом MMPI (многофункциональный психологический тест) наиболее значительными оказываются такие показатели, как депрессия, истерия, ипохондрия. Характерны также низкая самооценка, снижение уровня социальных контактов, эмоциональные трудности, включающие проблемы энергии и самоуверенности. В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке. Субъективные симптомы составили 5 групп: паника-страх, раздражительность (возбудимость), гипервентиляция-гиперкапния, бронхиальная обструкция, утомляемость (астения).

Психические расстройства при бронхиальной астме

Неврозоподобные расстройства

Психические расстройства при бронхиальной астме наблюдаются часто и выступают в виде реактивных личностных образований в связи с переживанием болезни, неврозоподобных расстройств, обусловленных соматическими факторами, аномального (психопатического) развития личности. Неврозоподобные расстройства при бронхиальной астме проявляются в форме реакций пациента на приступ либо в особенностях субъективного переживания болезни. По своей структуре они близки ситуационным, адекватным реакциям личности на возникшее заболевание. Однако ни в одном случае они не служат основанием для постановки диагноза невроза. Эти реакции усложняют клиническую картину, привнося в нее черты ипохондричности, болезненной тревоги и опасений, вызывая негативистические установки по отношению к лечению и порождая недоверие к врачу.

Астенодепрессивные расстройства

Такие реакции на болезнь особенно частыми бывают в начальном периоде астмы. Астенодепрессивные расстройства (пониженное настроение с мыслями о безысходности существования, неизлечимости болезни) обнаруживаются у половины всех больных.

Пациенты при этом бывают молчаливыми, задумчивыми, жалуются на однообразные мысли об «утраченном здоровье», неопределенном, безрадостном будущем. Такие мысли особенно беспокоят их перед засыпанием. Больные продолжают выполнять повседневные обязанности, но без прежней активности. У некоторых больных отмечаются ипохондрические проявления, они полагают, что «легкие раздуты», «не дышат», беспокоятся, что на самом деле у них не астма, а рак легких или туберкулез; прислушиваясь к себе, находят все новые, меняющиеся ощущения, преувеличивают тяжесть болезни. При фобической структуре реакции больные испытывают неотвязный страх, тревогу, беспокойство. Такое состояние, как правило, в последующем полностью редуцировалось и сменялось ровным настроением с установкой на выздоровление. В случаях ухудшения оно могло смениться затяжным астенодепрессивным синдромом.

Лица без психопатических черт в преморбиде реже обнаруживают реакции на болезнь, для них более типичен астенодепрессивный вариант переживания болезни в начальном периоде астмы, отличающийся большой яркостью и динамичностью. По мере развития болезни эти явления протекали все более стерто, в виде астенодепрессивных, реже ипохондрических с депрессивной окраской расстройств настроения, иногда с истерическими симптомами.

Психические нарушения при разных степенях тяжести заболевания

При легкой форме астмы неврозоподобные расстройства являются обычно стертыми, выступают, как правило, в виде легкой физической астении.

При астме средней тяжести возникают реактивные состояния с неврозоподобными расстройствами, которые отличаются многообразием и глубиной. На высоте физической астении появляются одышка, гипервентиляция. При легкой нагрузке возникают ощущения слабости, разбитости, недомогания. При прогрессировании болезни возникает смешанное состояние (тревожное ожидание несчастья, беспокойство). Могут появляться циркулярные расстройства настроения, сверхценные ипохондрические опасения, невротическое ожидание повторных приступов.

При тяжелом течении астмы реактивные образования, как правило, являются вторичными, ведущими же оказываются неврозоподобные расстройства с массивными явлениями физической и психической астении, вегетативно-сосудистыми нарушениями. При улучшении соматического состояния вначале исчезают симптомы психической, затем физической астении. При хроническом течении бронхиальной астмы заметно меняется и личностная структура.

Лечение

Психотерапия

На ранних этапах болезни преобладают психогенные реакции, которые, как правило, бывают кратковременными и проходят самостоятельно. Все же для многих пациентов весьма полезна рациональная психотерапия с фиксацией на важности фактора эмоционального равновесия, уверенности в обратимости приступа. Для этого используются психодинамические бихевиоральные подходы (релаксация, функциональная разрядка, десенсибилизация и биообратная связь), гипноз, групповая психотерапия, семейная психотерапия, долгосрочная индивидуальная психотерапия. Однако эффект психотерапевтических вмешательств тем выше, чем раньше (до появления необратимых патофизиологических изменений) начато лечение.

Медикаментозная терапия

В ряде случаев, когда этого недостаточно, показана фитотерапия (настойка валерианы), хороший эффект может дать применение новопассита по 1—2 ч. л. после приступа и далее курсом в 2—3 недели (по 1 ч. л. 3 раза в день перед едой). Г. К. Ушаков считает, что применение бензодиазепинов также не имеет противопоказаний при лечении бронхиальной астмы (реланиум, элениум). При возникновении фобических расстройств показаны фризиум (по 5—10 мг в сутки), фенибут (по 0,25 г 3 раза в день). Астенодепрессивные проявления на более поздних этапах заболевания купируются назначением мягких антидепрессантов — леривон (по 25 мг 2—3 раза в день), коаксил (15—30 мг в сутки в первой половине дня). Препаратом, показанным для терапии на всех этапах лечения астмы, можно считать терален, который используется в соматической практике одновременно как антиаллергический препарат. В особенности он показан при астеноипохондрических проявлениях на более поздних этапах развития бронхиальной астмы, а также при психогенных проявлениях и патологическом развитии личности.

Используют 4%-ный раствор в каплях (1 капля = 1 мг) по 3—5 капель 2—3 раза в день в зависимости от индивидуальной чувствительности или в таблетках по 5 мг (2—3 раза в день по состоянию на курс лечения). Психотерапия должна использоваться на всех этапах течения бронхиальной астмы, в том числе и на фоне медикаментозной терапии.

Хорошо себя зарекомендовал эглонил (сульпирид) в суточной дозе до 200—300 мг. При этом снижается частота и тяжесть протекания приступов удушья, а также выраженность депрессивных реакций, сопровождающих приступы. Это в некоторых случаях позволяет снизить дозу или прекратить вообще прием глюкокортикоидов. Предполагается, что эффект эглонила при бронхиальной астме связан с тем, что препарат

улучшает функции общения и экспрессии у данной категории больных, вмешиваясь в алекситимическое звено патогенеза, что способствует разрыву системы порочного круга при этом заболевании.

В связи с нарастающей частотой заболеваемости туберкулезом остановимся подробнее на психических нарушениях при этом заболевании. Здесь характерны астения, раздражительность, плаксивость, головные боли, сонливость, вялость, падение интереса к окружающему, уменьшение инициативности. Характерны отсутствие критического отношения к заболеванию и поведенческие расстройства с алкогольными эксцессами. Возможны спутанность сознания, а также хронически протекающие аффективные и бредовые синдромы. При длительном течении болезни возможны стойкое снижение интеллекта, эпилептиформные припадки, корсаковский синдром.

Психосоматические расстройства при заболеваниях мочевыводящей системы

В специализированной медицинской литературе данная проблема зачастую рассматривается весьма условно, хотя мочевыделительная система является такой же функциональной системой, как, например, дыхательная или сердечно-сосудистая, и, естественно, в такой же степени подвержена психогенным функциональным расстройствам. Расстройства в этой сфере под влиянием психогенного воздействия встречаются нередко. По данным некоторых авторов, около 15% всех «воспалений» мочевого пузыря психогенно обусловлены, а у 25% всех женщин с симптомами цистита не обнаруживается никаких признаков инфекции. Отмечено, что под влиянием психотравмирующих переживаний может наступить сдвиг кислотно-основного равновесия в моче в щелочную сторону и возникновение фосфатурии. Моча даже может приобретать молочный оттенок из-за наличия в ней нерастворимых фосфатных солей. В годы Второй мировой войны у летчиков, возвращающихся после боевого вылета, иногда обнаруживали «эмоциональную альбуминурию» в моче.

Дизурия

Чаще всего психогенная дисфункция мочевого пузыря проявляется в виде нарушения процессов сокращения и расслабления детрузора и сфинктеров мочевого пузыря. Данный тип расстройств может наблюдаться в структуре астенических состояний, истеро-конверсионного синдрома, при «урологическом» типе соматизированной депрессии. Подобные расстройства иначе еще называются локальным органоневротическим синдромом.

Больные с проявлениями истеро-конверсионного синдрома к урологу обращаются либо с задержкой мочи, длящейся подчас месяцами, вызываемой спазмом сфинктеров или потерей позывов на мочеиспускание, либо с недержанием мочи. Здесь речь идет о моносимптоматике истеро-невротического характера. Истеро-конверсионный синдром — это функциональные расстройства чувствительно-двигательной сферы и деятельности внутренних органов, не обнаруживающие органической основы.

Клиническая картина

Важное диагностическое значение имеет наличие гротескно-искаженных истерических черт характера. Могут присутствовать другие истерические «стигмы» (ощущение комка в горле, астазия-абазия). Наиболее характерными свойствами истеро-конверсионного синдрома являются чрезмерность, нетипичность, интенсивность клинических проявлений, особая динамика (изменчивость, подвижность, непредсказуемость) симптомов, усиление симптоматики в присутствии других лиц,

сочетаемость симптомов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании. В целом характерно обилие жалоб и демонстрируемых симптомов со стремлением получить их медицинское толкование. Нередко приступы заболевания напрямую связаны с появлением какого-либо психотравмирующего момента. Так, у одной больной развились частые позывы на мочеиспускание, причем она могла мочиться только дома и никуда не выходила. Особенностью ситуации, породившей это нарушение, являлось то, что пребывание дома из-за болезни приобрело для нее характер «условной желательности».

Лечение

Расстройства мочевыводящей сферы, протекающие по типу истерических моносимптомов, как правило, легко устраняются путем гипнотического внушения. Данная категория больных часто весьма гипнабельна, однако в дальнейшем у больных не исключено появление «нового» расстройства, но уже в другой сфере. Назначение транквилизаторов и спазмолитиков (папаверин, но-шпа) может сгладить болезненные проявления при задержке мочи. При недержании мочи психогенного характера можно с успехом использовать мелипрамин, амитриптилин в средних терапевтических дозировках.

Основным методом все-таки является психотерапия, направленная на изменение отношения больного к психотравмирующей ситуации, побуждающая больного занять активную позицию в решении той или иной проблемы.

Лечение при астенических состояниях

При астенических состояниях уролог может принять за признак урологического заболевания частые позывы на мочеиспускание (поллакиурия) или, напротив, психогенную задержку («мочевое заикание»).

В результате проводимых диагностических мероприятий возможно выявление функциональных расстройств. Однако за всей этой симптоматикой стоят нарушения психической сферы, которые могут быть выявлены при тщательном расспросе. Астенические состояния относятся к наиболее часто встречающимся в практике врача широкого профиля. Быстрая истощаемость выступает в этих случаях на фоне повышенной нервно-психической возбудимости. В числе жалоб соматического характера отмечаются изменчивые и многообразные головные боли.

Симптомы астении и соматические расстройства усиливаются при умственной нагрузке и обычно становятся более тяжелыми после полудня.

Характерно общее плохое самочувствие, упадок физических и умственных сил, непереносимость обычных нагрузок, затруднения при умственной работе, ее непродуктивность, отвлекаемость, колебания эмоционального фона, нарушения сна, аппетита. Нередко астеническая симптоматика сочетается с депрессивными проявлениями.

Лечение этой категории больных должно включать общеукрепляющую терапию. При гипостеническом варианте целесообразно назначение психостимулирующих препаратов (настойка аралии, экстракт элеутерококка), ноотропов (пирацетам, пиридитол) и препаратов других групп, обладающих психостимулирующим компонентом психотропной активности (эглонил, мелипрамин, грандаксин). Необходимо заметить, что мелипрамин, амитриптилин, некоторые нейролептические средства способны вызвать задержку мочи, поэтому не следует назначать эти препараты при «мочевом заикании».

Лечение при гиперстенических состояниях

При гиперстенической форме показано назначение мягких транквилизаторов и седативных фитопрепаратов в дневное время и препаратов с более выраженным седативным компонентом (феназепам) в вечерние часы. В комплексе терапевтических мероприятий целесообразно назначение бальнео- и курортотерапии в сочетании с

групповой психотерапией.

Цисталгия

Клиническая картина

«Урологический» тип соматизированной депрессии чаще встречается у пожилых больных, у женщин в климактерическом или в постклимактерическом периоде. На фоне нерезкой дизурии развиваются частые позывы на мочеиспускание, что создает у больных неприятное состояние дискомфорта, чувство несвободы, напряженное ожидание «приступа» новых позывов. Может быть обильное выделение мочи, но затем, при повторных позывах, количество выделенной жидкости резко снижается, возникают ощущения «резей» и «жжения» в низу живота.

При обследовании у терапевта нередко высказываются предположения о «легком цистите», «цисталгии», проводятся соответствующие курсы лечения.

Неприятные ощущения могут распространяться на область позвоночника, могут даже появляться «прострелы» в ноги. Почти постоянно определяются бессонница, погружение в болезнь, неверие в выздоровление, озабоченность и грусть, которые относятся к реакциям на «цистит», в то время как депрессия является основной патологией, а соматические симптомы — лишь внешним выражением, «соматическим» радикалом болезни.

Лечение

Хорошо помогает лудиомил, анафранил (от 12,5—25 до 50—75 мг в сутки), также можно использовать инсидон (опипрамол) по 12,5—50 мг в сутки, целесообразен прием синеквана, но в больших дозах (100—125 мг в сутки), прозак в стандартной дозировке, ципрамил (20—40 мг в сутки), коаксил.

Подобные фазы «цисталгий» у некоторых больных имеют сезонный характер (весна—осень, зима—лето), и в дальнейшем они сами проводят лечение, так что трехнедельный курс дает заметную компенсацию.

Непроизвольное выделение мочи по мочеиспускательному каналу при физическом напряжении у женщин может носить и непсихогенную природу.

Заболевание развивается чаще в возрасте старше 40 лет в результате недостатка эстрогенов вследствие неврогенных, воспалительных и травматических факторов. При урологическом обследовании выявляются явные органические изменения со стороны мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, половых органов.

В этих случаях психопатологические расстройства развиваются вторично — как реакция на болезнь. Прежде всего показано лечение основного заболевания (гормонотерапия, хирургическое вмешательство). В качестве вспомогательных средств возможно применение психотерапии, при выраженных психопатологических реакциях — психофармакотерапия.

Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

Неспецифические психические реакции на заболевания пищеварительной системы

Классификация психических нарушений

В клинике внутренних болезней, несмотря на большое разнообразие психологических реакций и более выраженных психических расстройств, наиболее часто встречаются следующие:

- астенические;
- аффективные (нарушения настроения);
- отклонения в характерологических реакциях;
- бредовые состояния;
- синдромы помрачения сознания;
- органический психосиндром.

Астенические нарушения

Разнообразные варианты астенических нарушений являются стержневыми симптомами многих соматических психотических расстройств. Астении могут существовать в изолированной форме при многих соматических заболеваниях или быть включенными в разнообразные психопатологические синдромы (аффективные, аффективно-бредовые, нарушения сознания, деменцию). Наиболее частым проявлением астенических состояний является эмоционально-гиперестетическая слабость, характеризующаяся повышенной утомляемостью, крайней сенситивностью, слезливостью, эмоциональной неустойчивостью и истощаемостью аффекта. При изолированном возникновении эти проявления обычно не достигают уровня психотических.

Чаще всего выраженные астенические признаки встречаются при тяжелых хронических заболеваниях (язвенная болезнь, цирроз печени и т. п.). Астения является стержневым, или сквозным, синдромом при многих болезнях. Она может быть как дебютом (начальным проявлением), так и завершением заболевания. Типичными жалобами при этом являются слабость, повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков. Сон становится поверхностным, тревожным. Больные с трудом засыпают и трудно просыпаются, встают неотдохнувшими. Наряду с этим появляются эмоциональная неустойчивость, обидчивость, впечатлительность.

Астенические расстройства редко наблюдаются в чистом виде, они сочетаются с тревогой, депрессией, страхами, неприятными ощущениями в теле и ипохондрической фиксацией на своей болезни. На определенном этапе астенические расстройства могут появляться при любом заболевании. Всем известно, что обыкновенные простудные заболевания, грипп сопровождаются подобными явлениями, а астенический «хвост» нередко сохраняется и после выздоровления.

Лечение астенических состояний, за исключением тяжелых случаев, достаточно простое и, помимо лечения основной причины расстройства, включает в себя общеукрепляющую терапию (главным образом комплексные витамины) и постельный режим. При более тяжелых случаях астении целесообразно назначение натуральных стимулирующих препаратов типа китайского лимонника или адаптогенов (например, витамакс). При повышенной раздражительности хорошо зарекомендовали себя малые транквилизаторы короткого действия, более сильные седатики не рекомендуются. Хороший эффект оказывает курсовое применение ноотропов (пирацетам в дозе до 2 400 мг в сутки в течение 30 дней).

Фобические и ипохондрические проявления

Это явления страха, тревоги и мысли о тяжелом соматическом заболевании, которые не достигают степени выраженных расстройств, но могут оказать существенное отрицательное воздействие на процесс течения соматического заболевания или замедлить

процесс выздоровления. Целесообразность рассматриваемого вопроса объясняется трудностью разграничения нормальной и патологической степеней выраженности этих реакций, особенно в тех случаях, когда речь идет о хирургической операции или сложном и неприятном медицинском обследовании.

В формировании таких реакций большая доля участия принадлежит не только особенностям личности больного, но и тяжести самого соматического заболевания. Ипохондрические реакции при соматических заболеваниях встречаются очень часто, особенно у лиц пожилого возраста. Сами по себе эти реакции (если они не достигают степени сверхценных или бредовых идей) не требуют специального лечения. Достаточно будет психотерапевтических бесед лечащего врача, в ходе которых, не вдаваясь в излишние подробности, врач должен описать и объяснить больному особенности его заболевания. Большое значение для предотвращения таких реакций имеет объяснение врачом причин назначения того или иного лекарственного препарата: например, тегретол (карбамазепин) имеет достаточно широкий спектр применения — он используется при эпилепсии, невралгиях тройничного нерва, диабетических нарушениях, в период алкогольной абстиненции и для купирования умеренно выраженных аффективных колебаний.

Больной, не зная, для чего ему назначают этот препарат, и проявив инициативу, может заглянуть в справочник и, прочитав первую строчку показаний к назначению, решить, что врач подозревает у него эпилепсию, хотя препарат был рекомендован только с целью уменьшения выраженности колебаний настроения.

Колебания настроения

Для соматических болезней больше характерно снижение настроения с различными оттенками: тревогой, тоскливостью, апатией. В возникновении депрессивных расстройств тесно переплетаются влияния психотравмы (сама болезнь — травма), соматогении (болезни как таковой) и личностных особенностей больного. Клиническая картина депрессии изменчива в зависимости от характера и этапа заболевания и превалирующей роли того или иного фактора. Так, при длительном течении болезни подавленное настроение может сочетаться с недовольством, ворчливостью, придирчивостью, капризностью.

Если на ранних этапах болезни более характерна тревога, страх, иногда с суицидальными мыслями, то при длительном тяжелом течении заболевания может преобладать безразличие с тенденцией к игнорированию болезни. Значительно реже встречается повышение настроения в виде благодушия, эйфории. Появление эйфории, особенно при тяжелых соматических заболеваниях (рак, инфаркт миокарда) является не признаком выздоровления, а «предвестником» неблагоприятного исхода и возникает обычно в связи с кислородным голоданием мозга. Появление эйфории обычно сопровождается анозогнозией (отрицанием собственной болезни), что представляет серьезную опасность для больного из-за недоучета им тяжести своего состояния и, как следствие, неправильного поведения.

Эйфорические состояния

Эйфорические состояния, проявляющиеся немотивированным, чрезмерно веселым настроением со сниженной критикой к своему заболеванию, нередко встречаются в практике любого врача. Эти состояния характеризуются достаточно простым набором признаков, и их легко заметить по внешним изменениям. Явления эйфории могут возникать при наступлении или прекращении наркоза, кислородной недостаточности, интоксикации различной природы и т. д. По своим проявлениям эйфория очень похожа на начальные стадии маниакального состояния, но если маниакальное состояние имеет тенденцию к произвольному и самостоятельному развитию, то проявления, выраженность

и продолжительность эйфории всегда будут обусловлены конкретными причинами. Для маниакальных состояний (особенно на начальных этапах) также характерно повышение психической продуктивности, тогда как соматогенная эйфория обычно сопровождается ее снижением. Несмотря на то, что внешние признаки эйфорического состояния свидетельствуют о якобы хорошем самочувствии больного, на самом деле эйфория может быть симптомом грозных осложнений: например, описаны случаи ее возникновения при кислородной недостаточности, вызванной массивной внутренней кровопотерей при желудочно-кишечных кровотечениях. В тех случаях, когда врач сталкивается с явлениями эйфории, прежде всего необходимо исключить возможность злоупотребления наркотическими средствами. При злоупотреблении препаратами группы морфина или снотворными эйфорические проявления сочетаются с некоторой оглушенностью в виде замедления или затруднения всех психических процессов и повышения порога восприятия. В отдельных случаях, например после употребления алкоголя, эйфорическое состояние в сочетании с повышением порога болевых ощущений может быть причиной диагностических ошибок, маскируя такие тяжелые расстройства, как перфорация полого органа, внутрибрюшные кровотечения и другая острая хирургическая патология. Лекарственная терапия проявлений собственно эйфорических состояний нецелесообразна, за исключением тех случаев, когда они сопровождаются выраженным двигательным возбуждением или неправильным поведением. В этом случае также наиболее обосновано применение средних доз бензодиазепинов (в виде внутримышечных инъекций). Любые действия по купированию собственно проявлений эйфории оправданы в том случае, если врач уверен, что они не скрывают других, более тяжелых осложнений.

Характерологические (психопатические) нарушения

Характерологические (психопатические) нарушения наблюдаются чаще при длительных заболеваниях с хроническим течением и проявляются в заострении личностных особенностей и реакций. Заболевания, начинающиеся в детском возрасте, способствуют формированию патохарактерологического развития личности. Заболевания, вследствие которых возникают дефекты внешности (кожные заболевания, обширные ожоги, искривление позвоночника и т. д.), являются почвой для развития комплекса неполноценности, ограничивающего социальные связи и эмоциональные контакты больных. Больные вследствие длительной болезни становятся угрюмыми, эгоистичными с неприязненным, а иногда враждебным отношением к окружающим. Живущие в условиях гиперопеки, повышенной заботы, становятся еще более эгоцентричными, требующими постоянного внимания. У других могут нарастать тревожность, мнительность, стеснительность, неуверенность в себе, нерешительность, что заставляет больных вести уединенный образ жизни.

Синдромы помрачения сознания

Оглушение

К ним относятся оглушение, делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания и др.

Оглушение — симптом выключения сознания, сопровождающийся ослаблением восприятия внешних раздражителей. Больные не сразу реагируют на вопросы, окружающую ситуацию. Они вялы, безучастны ко всему происходящему вокруг, заторможенны. При нарастании тяжести болезни оглушение может переходить в сопор и кому. Коматозное состояние характеризуется утратой всех видов ориентировки и ответных реакций на внешние раздражители. При выходе из состояния комы больные не помнят, что с ними было.

Выключение сознания наблюдается при почечной, печеночной недостаточности,

диабете и других заболеваниях.

Делирий

Делирий — состояние помраченного сознания с ложной ориентировкой в месте, времени, окружающей обстановке, но сохранением ориентировки в собственной личности. У больных появляются обильные обманы восприятия (галлюцинации), когда они видят не существующие в реальности предметы, людей, слышат голоса. Будучи абсолютно уверенными в их существовании, не могут отличить реальные события от нереальных, поэтому и поведение их обусловлено бредовой трактовкой окружающего. Отмечается сильное возбуждение, могут быть страх, ужас, агрессивное поведение в зависимости от галлюцинаций. Больные в связи с этим могут представлять опасность для себя и окружающих. По выходе из делирия память о пережитом сохраняется, в то время как реально происходившие события могут выпасть из памяти.

Делириозное состояние характерно для тяжелых инфекций, отравлений. Делирий встречается у 15—20% больных хирургических отделений. В группе высокого риска (послеоперационный период, ожоговая болезнь, преклонный возраст) эта цифра достигает 60%. Делирий — угрожающее жизни состояние, обусловленное органическим поражением головного мозга. Термины «делирий», «метаболическая энцефалопатия», «острая спутанность сознания» часто считают синонимами.

Ведущий симптом делирия — спутанность сознания, которая может проявляться как возбуждением, так и глубокой сонливостью. Характерны нарушения ориентировки во времени и пространстве, галлюцинации (зрительные, слуховые, тактильные), иллюзии, бред; подавленное, тревожное настроение. Уровень сознания зависит от времени суток, ночью состояние обычно ухудшается. Вегетативная симптоматика обычно представлена гипертермией, тахикардией и увеличением частоты дыхания. Делирий — неотложное состояние, нередко приводящее к смерти или тяжелым осложнениям (больные срывают повязки, катетеры, дренажи; падают, нанося себе увечья и т. п.).

<u>Причины делирия</u>

Этиологические факторы можно разделить на три группы:

I. Предрасполагающие: органическое заболевание головного мозга, наличие делирия в анамнезе, преклонный возраст, наркомания, алкоголизм, тяжелые болезни внутренних органов.

II. Провоцирующие: интоксикация, абстинентный синдром, водно-электролитные нарушения, инфекция, острое поражение мозга.

III. Ускоряющие: сенсорная депривация или информационная перегрузка, выпадение отдельных видов чувствительности (потеря зрения, слуха), тревога, недосыпание, незнакомая обстановка. В послеоперационном периоде риск делирия особенно высок из-за сочетания эффектов общих анестетиков, аналгетиков и информационной перегрузки в условиях отделения реанимации. Делирий, развивающийся через несколько суток после операции с применением АИК, по-видимому, обусловлен гипоксией и воздушной эмболией головного мозга. С целью иллюстрации развития послеоперационных психозов приведем пример: больной М., 37 лет, переведен в психиатрическую клинику из хирургического отделения, где перенес резекцию желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. На второй день после операции в связи с несостоятельностью швов анастомоза была произведена релапаротомия с дренированием брюшной полости. После второго вмешательства стал грубо и недоверчиво относиться к персоналу, отказывался от лечения. Консультирован психиатром. Сообщил, что был очень рад госпитализации в хирургическую клинику (а не в районную больницу). Надеялся на быстрый и легкий исход операции. Не допускает мысли, что опытные врачи могли сделать ее неудачно. Считает, что его использовали для обучения студентов (и в палате, и в

операционной он видел студентов).

Уже после первой операции, когда почувствовал себя хуже, чем до нее, закрались сомнения. После второго вмешательства решил, что является «подопытным кроликом». При попытке переубедить больного он еще больше возбуждался. Назначен индивидуальный пост, который был снят без согласования с психиатром. Больной почти тотчас выпрыгнул из окна второго этажа. Это привело к третьей операции — устранению эвентрации и ушиванию раны. Свой поступок больной объяснил не стремлением к самоубийству, а желанием уйти домой: он ослабел и «больше не в силах переносить мучительные опыты». В последующие дни отказывался от медикаментов. Пытался собрать их для экспертизы, возбуждался при виде лечащего врача. После улучшения состояния больной переведен в психиатрическую клинику. Переводом крайне возмущен, оказывал сопротивление. Заявил, что психиатры покрывают хирургов, которые «искалечили» его. В дальнейшем был умеренно общителен с больными и персоналом, ходил на прогулки, интересовался газетами, принимал лечение. После выписки из психиатрической больницы приходил в психиатрическое отделение, требовал наказания врачей, обращался с жалобами в различные инстанции. До поступления в хирургическое отделение психических нарушений или странностей у больного не отмечалось. Работал слесарем, с работой справлялся. Через 2,5 года по-прежнему считает, что врачи в прошлом нанесли ему ущерб.

Анализ наблюдения. Психические нарушения в данном случае следует считать реактивным состоянием. Больной неправильно истолковал реальные факты. Существенного развития бреда не было. После минования острых явлений отмечались сутяжные стремления. Они критически не были оценены. Реакция была непосредственно связана с ситуацией и, понятно, отражала ее. В высказываниях больного не было ничего фантастического, они стояли на грани обывательских заблуждений. Для развития психогенной реакции имели значение и астенизация больного, и особенности личности (невысокий интеллект, незрелость, наивность суждений). Решающим явился психогенный фактор — несоответствие между надеждами больного на быстрый и легкий исход операции и трудной действительностью.

Больной не был подготовлен к тому, что он в первые дни будет чувствовать себя хуже, чем до операции. Отсутствие психической подготовки к встрече с реальными трудностями может явиться серьезным травмирующим моментом. Разумеется, бессмысленно рассказывать больному о возможных осложнениях. Но предупредить его, что в первые дни после операции он будет чувствовать себя несколько хуже, необходимо. Это поможет ему мобилизовать силы и выдержку.

Из причинных факторов послеоперационных психозов выделяют психогенный (психическое напряжение, страх, волнение) и соматогенный (истощение, интоксикация, кровопотеря, нагноение). Для возникновения психических нарушений у больных имеют значение особенности личности, соматическое ослабление и психогенные факторы. Среди них определенную роль играют и ятрогенные моменты.

Медикаментозное лечение начинают только после установления причин делирия. Очень важно исключить интоксикацию и абстинентный синдром. Для оказания неотложной помощи назначают галоперидол внутримышечно по 5—10 мг каждые 3—4 ч (разовая доза для пожилых — 1—2 мг). При сильном возбуждении, кроме галоперидола назначают лоразепам внутримышечно по 0,5—2 мг каждые 4 ч. После завершения обследования и оказания неотложной помощи начинают реабилитационные мероприятия. Создают условия для восстановления ориентировки: освещение, приближенное к дневному; очки, слуховой аппарат; дежурства родственников; общение с медицинским персоналом. Нельзя допускать ни сенсорной депривации, ни информационной перегрузки.

Онейроид

Онейроидное состояние (сон наяву) характеризуется наплывом ярких

сценоподобных галлюцинаций, часто с необычным, фантастическим содержанием. Больные созерцают эти картины, ощущают свое присутствие в разыгрывающихся событиях (как во сне), но ведут себя пассивно, как наблюдатели, в отличие от делирия, где больные активно действуют. Ориентировка в окружающем и собственной личности нарушена. Патологические видения в памяти сохраняются, но не полностью. Подобные состояния могут наблюдаться при сердечно-сосудистой декомпенсации (при пороках сердца), инфекционных заболеваниях и т. д.

Аменция

Аментивное состояние (аменция — глубокая степень спутанности сознания) сопровождается не только полной потерей ориентировки в окружающем, но и в собственном «Я». Окружающее воспринимается фрагментарно, бессвязно, разобщенно. Мышление также нарушено, больной не может осмыслить происходящее. Отмечаются обманы восприятия в виде галлюцинаций, что сопровождается двигательным беспокойством (обычно в пределах постели из-за тяжелого общего состояния), бессвязной речью. Возбуждение может сменяться периодами обездвиженности, беспомощности. Настроение неустойчивое: от плаксивости до немотивированной веселости. Аментивное состояние может продолжаться неделями и месяцами с небольшими светлыми промежутками. Динамика психических расстройств тесно связана с тяжестью физического состояния. Наблюдается аменция при хронических или быстро прогрессирующих заболеваниях (сепсис, раковая интоксикация), и ее наличие, как правило, свидетельствует о тяжести состояния больного.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное помрачение сознания — особая разновидность помрачения сознания, остро начинающаяся и внезапно прекращающаяся. Сопровождается полной потерей памяти на этот период. О содержании психопатологической продукции можно судить только по результатам поведения больного. В связи с глубоким нарушением ориентировки, возможными устрашающими галлюцинациями и бредом такой больной представляет социальную опасность. К счастью, при соматических заболеваниях это состояние встречается довольно редко и не сопровождается полной отрешенностью от окружающего, в отличие от эпилепсии.

Особенностью синдромов помрачения сознания при соматических болезнях является их стертость, кратковременность, быстрый переход от одного состояния к другому и наличие смешанных состояний. В подавляющем большинстве случаев проявления внешней реакции обусловлены индивидуальными особенностями организма. Немаловажное значение имеет длительность действия, интенсивность и характер самой вредности. Чем выраженнее и продолжительнее действие вредности, тем менее выражен индивидуальный характер реакции организма, хотя при этом она остается высокоспецифической. Однако существуют реакции организма, которые являются неспецифическими, т. е. могут развиваться в ответ на широкий спектр соматических вредностей, интенсивность которых не всегда будет определять характер и выраженность самой реакции организма.

Влияние соматических заболеваний на уже существующие психозы

Известно, что многие соматические заболевания у психически больных, возникая на фоне патологического состояния центральной нервной системы, имеют необычное течение (Н. П. Татаренко, 1954 г.; С. Б. Пейсахзон, 1954 г.; М. И. Середина, 1953 г.). Ряд авторов, отмечая взаимосвязь психических и некоторых хирургических заболеваний, указывают на развитие психотических состояний на фоне раневых осложнений (В. И. Акерман и Ю. Х. Сегаль, 1946 г.), острой или хронической хирургической инфекции (А.

З. Розенберг, 1955 г.), различного рода травм. Отрицательное влияние психического расстройства на заживление ран и ожогов отмечено еще Н. И. Пироговым.

Большое внимание психическому состоянию хирургических больных уделяли И. Г. Руфанов и А. С. Ремезова (1947 г.). Частое возникновение контрактур суставов конечностей, атрофии мышц и других осложнений наблюдали Мейслин и Монроз (1957 г.). На образование инфильтратов от внутримышечного введения аминазина указывает Л. М. Плотников (1961 г.). Развитие фурункулеза описывает П. А. Панин (1939 г.). Есть отдельные работы и о хирургических осложнениях у психически больных. Многие врачи (особенно психиатры, практиковавшие перед Второй мировой войной) помнят, что некоторые психически больные демонстрировали выраженную ремиссию болезненных симптомов во время или после острых соматических заболеваний. В старой психиатрической литературе содержится много данных по этому вопросу, тогда как в течение последних лет их появилось значительно меньше.

Многократно замечали, что внутреннее заболевание, осложняющее уже существующий психоз, может временно (а иногда и постоянно) изменять поведение психически больных. Уже Гиппократ знал эти факты, а Гален упоминал о приступе меланхолии, самостоятельно прошедшем после того, как больной заболел малярией. В 1887 году Wagner-Jauregg на основе данных литературы, а также собственных наблюдений сделал вывод о том, что брюшной тиф, холера, малярия, острые инфекционные болезни, протекающие с сыпью, а также рожа благоприятно влияют на психический процесс. Положительный эффект отмечался у больных в возрасте от 10 до 30 лет, когда длительность психоза не превышала 6 месяцев. Очень хорошие результаты были получены тогда, когда психоз длился 6—12 месяцев. Чем дольше протекало психическое заболевание перед осложнившим его соматическим заболеванием, тем менее благополучными были результаты. Кроме того, Wagner-Jauregg заметил и временное улучшение, например в виде исчезновения галлюциноза, улучшения контакта с больным и большей его «доступности», а также успокоения возбужденных больных.

Эти наблюдения очень часто касались больных даже с тяжелейшими картинами вторичной деменции, длившейся много лет (следует заметить, что вторичная деменция, по Wagner-Jauregg, ныне классифицируется как хроническая шизофреническая реакция). Наиболее благоприятные результаты отмечались при возникновении на фоне маний и меланхолий гипертермических заболеваний. Еще в ранней работе Wagner-Jauregg сообщал об определенных положительных результатах при прогрессивном параличе, осложненном лихорадочным заболеванием. Этот ученый ввел в клинику в 1917 году лечение прогрессивного паралича искусственно вызываемой малярией.

Лечение психических заболеваний при помощи искусственно вызванных лихорадочных состояний

На основе своих смелых опытов Wagner-Jauregg не только создал первую модель лечения прогрессивного паралича искусственно вызванной инфекцией, но и показал, что психическую болезнь можно лечить физическими средствами. За свою работу Wagner-Jauregg получил Нобелевскую премию в области медицины. Не умаляя заслуг Wagner-Jauregg, следует вспомнить (это, впрочем, делает и сам ученый) и русских врачей, занимавшихся этой проблемой. В. Ф. Саблер, работавший главным врачом Преображенской (первой психиатрической) больницы в Москве с 1828 по 1870 г., считал, что психозы могут кончиться выздоровлением после соматического заболевания, сопровождающегося повышением температуры тела, еще за 50 лет до Wagner-Jauregg. Русский врач Розенбаум из Одессы в 1874—1875 гг. в отделении психически больных сознательно, но тайно вводил кровь, содержащую спирохеты возвратного тифа, больным различными психозами, добиваясь таким образом хороших

результатов, которые он наблюдал при заболеваниях психически больных брюшным тифом, малярией и возвратным тифом.

Результаты исследований Розенбаума опубликовал лишь Окс в немецком переводе в 1880 году. В 1939 году Terry публикует результаты своих трудов, касающихся достоверного выздоровления от психической болезни во время или вследствие осложняющей ее лихорадочной болезни. Автор полагает, что нарушения аффекта исчезали совсем или в значительной степени смягчались в 90% случаев, тогда как у больных шизофренией выздоровление было временным, а стойкая ремиссия наблюдалась лишь в небольшом количестве случаев. Терапевтический эффект лихорадки в лечении эпилепсии был спорным. Нередко возникали обострения симптомов эпилепсии вследствие осложнения соматическим заболеванием, а положительные результаты были обычно весьма кратковременными.

Почти 60% опрошенных Terry психиатров наблюдали в собственной практике влияние естественных лихорадочных заболеваний на так называемые функциональные психозы и эпилепсию. Обсудив результаты этого опроса, Terry приходит к выводу, что временное психическое выздоровление встречается практически во всех случаях так называемых функциональных психозов, а чаще всего и наиболее выражено оно при шизофрении, осложненной лихорадочным заболеванием. Явно благоприятными были результаты после лихорадки у больных с острыми маниакально-депрессивными состояниями. Эти наблюдения, однако, вызвали меньший интерес у клиницистов, чем преходящие периоды выздоровления, наблюдавшиеся при шизофрении.

Искусственно вызванные лихорадочные состояния широко использовались в лечении психических болезней в 1920—1940 гг. К средствам, чаще всего применявшимся при лечении функциональных психических заболеваний, относится прививка малярии, тифозной вакцины, а также введение взвеси серы в масле. Гипертермия, вызывавшаяся с помощью электроприборов, не оправдала возлагавшихся на нее надежд. Наилучшие результаты наблюдались при применении тех факторов, которые приводили к очень острым и сильным соматическим кризам. Пирогенная терапия функциональных психозов уступила место лечению инсулиновыми шоками, хотя некоторые авторы приписывали лечению гипертермией особую ценность. Например, Claude и Rubenovitch полагают, что если пирогенная терапия (препаратами серы) дает наилучшие результаты при кататонической форме шизофрении, то инсулин наиболее эффективен при параноидной форме.

Инсулин, по мнению этих авторов, не дает эффекта при кататонической шизофрении, а пирогенное лечение — при параноидных формах. При лихорадочных заболеваниях у психически больных наблюдалось не только улучшение, но и ухудшение. Menninger, обсуждая вопрос о влиянии гриппа на психические заболевания, на основании данных литературы, а также собственных наблюдений заключает, что грипп может действовать трояко: в одних случаях он вызывает психические расстройства, в других усиливает их или ослабляет, а в третьих — приводит к выздоровлению при уже существующих психических нарушениях. Согласно Terry, в большинстве случаев не отмечается положительного влияния гриппа на психические болезни (Добжанский). С определенностью можно сказать, что острая гнойная хирургическая инфекция положительно сказывается на психическом состоянии больных шизофренией и инволюционными психозами.

Возбуждение, предшествующее началу воспалительного процесса, сменяется более спокойным состоянием. Наблюдается понижение аппетита, или, напротив, больные начинают принимать пищу сами, хотя до этого в течение длительного времени их кормили искусственно с помощью кофеино-амиталового растормаживания или даже через зонд. У них снижается психомоторное возбуждение, упорядочивается поведение; когда имели место галлюцинации или бредовые идеи, они теряли свою актуальность либо полностью корригировались. Наиболее частыми гнойно-воспалительными заболеваниями

у психически больных являются абсцессы ягодичной области. Они развиваются на местах введения различного рода лекарственных веществ. Обилие в подобных абсцессах некротических тканей позволяет считать их не просто абсцессами, а абсцесс-некрозами.

Довольно часто гнойно-некротические очаги располагаются глубоко, и определить их осмотром или пальпацией удается не всегда. Они трактуются как инфильтраты и длительное время подвергаются лечению физиотерапевтическими процедурами, введением антибиотиков, временами некротизируются и образуют плохо заживающие язвы. Из приведенных примеров следует, что болезни, которые, как считают, благоприятно влияют на психические заболевания, вызываются микробами. Имеются публикации о влиянии хирургических заболеваний на течение психоза. Повседневный опыт показывает, что агрессивный и непослушный больной становится послушным и неагрессивным, если заболевает тяжелым соматическим заболеванием.

Механизм влияния лихорадки на психическое состояние

В последние годы количество таких наблюдений уменьшилось в результате успешной борьбы и профилактической работы с такими заболеваниями, как брюшной и сыпной тиф, а также малярия; в то же время при роже или крупозной пневмококковой пневмонии в течение нескольких дней благодаря лечению антибиотиками наступает соматическое выздоровление со снижением температуры. О механизмах влияния лихорадочных реакций на улучшение психического состояния высказываются разные мнения. Многие авторы приписывают благоприятное влияние гипертермии, улучшению условий кровообращения и трофики центральной нервной системы. Другие авторы придают значение иммунологическим факторам, а также изменениям обмена веществ и внутрисекреторного равновесия.

Согласно физиологическим гипотезам, преобладание в сознании представления о наличии соматического заболевания или его угрозы, а также сопутствующее этому плохое самочувствие вызывают изменения в состоянии больного: он начинает сотрудничать с врачом, что освобождает последнего от необходимости особой опеки над ним. Многие авторы объясняли эффект гипертермических осложнений связью биохимических изменений с психологическими воздействиями. Menninger сравнивала механизм действия лихорадки с катализатором, ускоряющим течение реакции в направлении, в котором она и так очень медленно протекает. Основываясь на наблюдении, что совершенно разные факторы терапии, применяемые в психиатрии, могут неоднократно приводить к идентичным результатам, Wolfberg выдвинул теорию, согласно которой психическое заболевание является вариантом анафилактической реакции, и высказал мнение, что все факторы, которые позволяют добиться выздоровления при психозах, являются десенсибилизирующими факторами.

Эта теория имеет, несомненно, историческое значение. Кажется вероятным, что механизм влияния соматических заболеваний может быть различным при острых психозах и при хронических психических заболеваниях. Этот вопрос можно представить следующим образом. При кратковременных психозах, при которых психические нарушения не слишком глубоко укоренились и часто встречаются спонтанные ремиссии, каждое острое воздействие может значительно ускорить выздоровление. Острые соматические заболевания, такие, как пневмония или брюшной тиф, электрошок или лечение инсулиновой комой, или даже неожиданная холодная ванна — все это может ускорить выздоровление и ремиссию психического заболевания. Не исключено, что обряды, применявшиеся при так называемом изгнании беса, могли быть эффективны при лечении ранней шизофренической реакции (Ehrentheil).

Улучшение при хронических психических расстройствах в ходе острых соматических заболеваний бывает частично следствием того, что как врачи, так и медицинский персонал обращали на больного больше внимания во время острого соматического заболевания, а многие больные в состоянии оценить сделанное для них

добро. Гипертермические реакции влияют на функции мозга вследствие изменения физиологических условий, однако эти условия может менять также и безлихорадочное заболевание. Психически больные при тяжелых изнуряющих заболеваниях не затрудняют лечения и ведут себя в этот период как психически здоровые люди. Некоторые психически больные могут великолепно «играть свою роль в окружении», когда они физически здоровы, как бы усиливая и еще больше подчеркивая эту роль по той же причине, по какой психически здоровый человек после нескольких рюмок алкоголя «играет роль» более пьяного, чем он есть на самом деле.

Такой человек, будучи в состоянии алкогольного опьянения, внезапно становится совершенно трезвым перед лицом опасности, даже если эта опасность представляет собой лишь появление милиционера. Подобный психологический механизм может действовать у некоторых психически больных, особенно при соматических заболеваниях, представляющих серьезную угрозу для их жизни. В такой ситуации эти больные могут казаться психически здоровыми людьми. При длительных психозах вероятность выздоровления ничтожна, однако может наступать частичное улучшение. Продолжительное улучшение наблюдается иногда в случае исчезновения под влиянием анатомических изменений мозга (например, после травмы) «укоренившегося» психического расстройства.

Следует обратить внимание на несоответствие взглядов двух психиатрических школ. Согласно учению одной из них, для получения лечебного эффекта от электро- и инсулиновых шоков необходимо избегать какого-либо повреждения мозговых клеток, по теории другой школы, повреждение мозговых клеток вследствие инсулиновых шоков и электрошоков является неотъемлемой частью благоприятного влияния этих терапевтических методов. Неврологические симптомы во время и после применения обоих методов лечения указывают на повреждение мозговых клеток, а вопрос состоит в том, является ли это повреждение необратимым. Факт, что в некоторых случаях эпилепсии психические расстройства кажутся пропорциональными числу и тяжести припадков, говорит о том, что искусственное вызывание судорог той же силы и частоты может оказывать на мозг и его функции такое же воздействие, как и эпилептические припадки.

В литературе приводится несколько интересных сообщений о том, что после длительной инсулиновой комы, длившейся в некоторых случаях несколько дней или недель (необратимая инсулиновая кома, отравление инсулином), несколько больных «выздоровели», причем появились органические изменения мозга, часто подобные тем, которые имеются при психозе Корсакова, но в отношении шизофрении наступило значительное улучшение (Добжанский). В 1970 году X. Набатова изучала взаимное влияние соматических заболеваний и шизофрении. Шизофрения является заболеванием всего организма и характеризуется не только психическими, но и соматическими нарушениями. Соматические заболевания, возникающие у больных шизофренией, не являются случайными или просто сопутствующими.

Взаимосвязь психических и соматических заболеваний

Можно говорить о феноменах взаимосвязи и взаимовлияния, выявляющихся в клинике и течении как соматических, так и психических заболеваний. В психопатологической картине шизофрении, сопровождаемой соматическим заболеванием, обнаруживаются следующие особенности: экзогенные синдромы с состояниями помрачения сознания, нарушением схемы тела, астении. Имеет место клиническая картина, внешне сходная с экзогенными синдромами, в форме состояния растерянности, тонкой деперсонализации, неполной ориентировки в окружающем. Обращает на себя внимание и конкретное содержание галлюцинаций и сенестопатий. Должно быть отмечено также раннее выявление основных шизофренических нарушений. Течение

шизофрении у больных с соматическими заболеваниями нередко приобретает признак непрерывности. Быстрое развитие апато-абулических проявлений, со снижением интеллектуальной активности, чаще соответствует вялому течению соматического заболевания.

При ухудшении соматического состояния хотя и отмечалось иногда смягчение психопатологической симптоматики, однако при этом снижалась и психическая активность в целом. Соматические заболевания у больных шизофренией чаще протекают вяло, отличаются скудными клиническими проявлениями. В случаях, заканчивающихся смертью, помимо обычных анатомических изменений, обусловленных основным соматическим заболеванием, регистрируются еще распространенные поражения внутренних органов по типу дистрофии и дегенерации. Имеют место значительные изменения, происходящие в последнее время в соотношении соматических заболеваний, явившихся причиной смерти больных шизофренией. Если раньше большинство страдающих шизофренией умирали от туберкулеза легких, то в последние десятилетия ведущее место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, а также доброкачественные и злокачественные новообразования, язвенная болезнь.

Наряду с изменениями в структуре соматических заболеваний произошли изменения и в соотношении форм шизофрении в сторону большей редкости кататонической формы и роста числа больных параноидной формой шизофрении. Гипертоническая болезнь, атеросклероз, тиреотоксикоз, язвенная болезнь, новообразования развиваются преимущественно у больных параноидной формой шизофрении (Набатова).

Специфические психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

При заболеваниях печени, желудочно-кишечного тракта постепенно возникают раздражительность, бессонница, эмоциональная неустойчивость, временами — ипохондричность, канцерофобия.

Психосоматические расстройства при заболеваниях печени

В давние времена печень считали средоточием жизненной силы, души, любви и гнева. Принося в жертву печень животных, думали, что с ее помощью можно предсказывать будущее. Наилучшим свидетельством этого служат модели печени из глины, сделанные жителями Вавилона. Выражением убежденности в существовании тесных связей между функцией печени и человеческой психикой являются взгляды на гуморальную патологию и науку о дискразии, а реминисценцией являются до наших дней употребляемые выражения «меланхолия» и «холерик». О том, как глубоко в воображении человека печень связывалась со сферой психических переживаний, свидетельствует также выражение «он излил свою желчь». В народной медицине печень считали средоточием наслаждений, и во время бракосочетания и на других веселых церемониях гостям подавали по кусочку печени. Развитие знаний в XVIII и XIX веках повлекло за собой отход от гуморальной науки, а печень была низведена до роли «большой фабрики желчи».

В результате тщательных исследований Zilling, Adams и Foley пришли к выводу о существенных связях между печенью и психическими расстройствами. Впрочем, уже в работах Morgagni, Bright и Frerichs описаны выраженные психические расстройства при хронических и острых поражениях паренхимы печени. Еще в 1896 году психиатр Wagner-Jauregg предполагал, что кишечная аутоинтоксикация может быть причиной определенных психических расстройств. О правильности этого взгляда говорят наблюдения последних лет.

Заболевания печени сопровождаются дисфорическими расстройствами и

гипнагогическими галлюцинациями.

При циррозе печени с выраженными клиническими проявлениями (желтуха, асцит, желудочно-кишечные кровотечения) из психических нарушений на первый план выступают астенические расстройства с дисфорическими включениями в виде злобности, раздражительности, патологической пунктуальности, угнетенности, требования к себе повышенного внимания. Кроме того, наблюдаются выраженные вегетативные расстройства с приступами сердцебиения, потливости, колебаний артериального давления, покраснения кожных покровов при эмоциональных переживаниях. Характерны также кожный зуд, бессонница, чувство онемения конечностей. При утяжелении состояния нарастает оглушение, которое в последующем переходит в сопор, а иногда и в кому.

Портокавальная энцефалопатия

Коротко остановимся на проблеме так называемой портокавальной энцефалопатии у больных циррозом печени, которая может проявляться спонтанно при значительном развитии коллатерального кровообращения, а также после операций с наложением портокавального анастомоза. Существует мнение, что у больных циррозом печени аммиак, образующийся в кишечнике из белковых веществ, содержащих азот, переносится коллатеральным кровообращением непосредственно в систему нижней полой вены. Таким образом часть аммиака попадает непосредственно в мозг, минуя нормальный путь обмена в печени, и поражает его. До сих пор окончательно не выяснено, в чем здесь дело: только ли в аммиаке или и в других токсичных веществах (речь идет, например, об аминах, а также фенолах). Основная роль в образовании аммиака принадлежит бактериям (в норме имеющимся в ободочной кишке), которые при циррозе печени встречаются и в тонком кишечнике.

Клиническая картина

К наиболее важным симптомам относятся спутанное сознание с дезориентацией в месте и времени, ослабление внимания, а также моторные нарушения, в частности тремор, напоминающий трепетание крыльев. Нейропсихическая симптоматика может манифестировать остро, как делирий, с нарушением сознания, дезориентацией и галлюцинациями, но чаще встречаются хронические расстройства с периодическими обострениями, с прогредиентным снижением личности и деменцией. Иногда эти патологические проявления трудно распознать, и нередки ошибочные диагнозы. Клинико-психическая картина многосимптомна и соответствует картине других органических реакций в отношении изменений личности, интеллекта, а также лабильности настроения. Симптоматика изменчива. В период ухудшения выраженными становятся характерологические нарушения, которые удается выявить еще в период ремиссии. Больные дружелюбны, большей частью слишком толерантны к себе и окружающим, часто эйфоричны и даже пуэрильны.

Они теряют чувство ответственности в отношении семьи и окружающего мира. Интеллектуальные нарушения имеют размах от незначительного ограничения умственных способностей до глубокой деменции. В начальный период колебания в статусе изо дня в день бывают поразительны. При полной сохранности сознания обнаруживается ограниченное снижение интеллекта. Так, некоторые больные не способны повторять определенные действия, особенно если они касаются ориентации в пространстве. Большую помощь при диагностике оказывает тест со спичками, из которых больной должен сложить звездочку.

Больной не может повторить показанный ему способ сложения фигуры. Он не может также повторить услышанную простенькую историю, разумно увязать отдельные события. Неспособность к простым подсчетам (например, от 100 отнять 7) приводит в

отчаяние интеллигентных субъектов, так как они еще сохраняют в это время определенную самокритику и могут оценить собственную неполноценность. Почерк становится беспорядочным, неуверенным, дрожащим, пишущий не придерживается строки. Некоторые больные не могут утром одеться, путая очередность надевания отдельных предметов туалета. Особое внимание привлекают расстройства в «сфере туалета» — больной принимает одни предметы за другие. В этом случае больные часто мочатся в палате в обувь других пациентов и т. д.

Иногда возникают сексуальные нарушения с эксгибиционистскими тенденциями. Эти симптомы, однако, в большинстве случаев преходящи. Они могут появляться также в предкоматозный период, протекающий со значительным нарушением сознания и расстройствами речи (речь характерная — смазанная и невыразительная). Наблюдаются также перверация и произнесение не связанных друг с другом фраз. Нередко наступают ранние нарушения ритма сна (бессонные ночи), тремор в течение дня. Davidson и Summerskill говорят даже о состояниях, напоминающих нарколепсию. Встречаются двоение в глазах и галлюцинации, а также нарушения восприятия с макропсией. Лицо больного часто маскообразно, а взгляд характерно устремлен вдаль.

Почти всегда при этом определяются неврологические симптомы, особенно характерное дрожание, напоминающее трепетание крыльев. Почти во всех случаях имеются выраженные изменения ЭЭГ. При токсической дистрофии печени развивается коматозное состояние. Как известно, токсическая дистрофия является гепатоцеребральной патологией, и при коматозном состоянии (например, острой желтой атрофии печени при вирусном гепатите А) вначале появляются головные боли, потливость, приступы удушья, рвота, нарушается сон. В дальнейшем на фоне общего оглушения развиваются приступы психомоторного возбуждения, делириозно-аментивные расстройства с бессвязностью речи, отрывочными галлюцинаторными и бредовыми явлениями. Возможны эпилептиформные припадки. Утяжеление соматического состояния сопровождается усилением оглушения, затем наступает сопор, а в последующем — кома с возможным летальным исходом.

Очень интересна клиническая картина психических нарушений в процессе течения первичного гепатоцеллюлярного рака печени, ибо нельзя исключить влияния токсинов, продуцируемых опухолевой тканью. Одним из наиболее заметных фактов, отмеченных в последние годы, является быстрая регрессия этих симптомов под влиянием соответствующей терапии. Это лечение предусматривает очистительные средства, ограничение поступления белка, а также прием антибиотиков (неомицин и др.). Диагноз может представлять особые трудности у больных алкоголизмом (дифференцирование с белой горячкой).

Психические нарушения при печеночной недостаточности

При печеночной коме вследствие быстро наступающей печеночной недостаточности, как это наблюдается в редких случаях отравлений или при злокачественном течении вирусного гепатита, психическая симптоматика также драматична. К первому описанию, представленному Гиппократом, нельзя ничего добавить. В нем речь идет о том, что эти больные громко кричат, злобны и их невозможно усмирить. Такого рода симптомы весьма выражены у детей и юношей (иногда даже перед наступлением желтухи). Случается, что молодые больные с такими расстройствами попадают в психиатрические больницы. Появление желтухи проясняет ситуацию. После развития желтухи психические симптомы обычно регрессируют, а болезнь протекает как обычный гепатит.

Заслуживает внимания особого рода депрессия, которая наступает у больных паренхиматозным гепатитом в продромальном периоде и длительно удерживается после исчезновения заболевания. У сравнительно небольшого числа лиц, перенесших гепатит,

депрессия сохраняется долго, даже годы. Это один из самых существенных симптомов так называемого постгепатитного синдрома.

Клиническая картина

По частоте симптомы распределяются следующим образом: утомляемость с большой потребностью в сне, неустойчивость настроения, чувство давления и переполнения в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, потеря аппетита. Именно сочетание соматических и психических симптомов является причиной того, что больной попадает к врачу. Нередко это касается лиц, работающих в медицине. Такого рода больные встречаются среди студентов-медиков, санитарок, молодых врачей, которые на основании теории и практики работы с больными гепатитом знают о возможности заражения от больного в хроническом периоде болезни. В этих случаях необходимо прежде всего тщательное исследование. При функциональной гипербилирубинемии либо постгепатитном синдроме главная задача врача состоит в том, чтобы убедить больного в безвредности этого расстройства, носящего биохимический характер.

Постгепатитная гипербилирубинемия, а также варианты функциональной гипербилирубинемии (ювенильная желтуха Мейленграхта, синдром Дубина — Джонсона и т. д.) протекают часто фазно, причем нередко развивается депрессия, подобная истинным эндогенным депрессиям. Оба вида гипербилирубинемии, быть может, конституционно обусловлены. У этих больных наблюдаются также влажность рук, склонность к потливости, колебания артериального давления либо спазмы. Несомненно, ошибочно было бы считать больных, обращающихся к врачу с этими жалобами, больными неврозом. В то время как при конституциональной гипербилирубинемии имеются прежде всего функциональные нарушения, которые можно значительно смягчить соответствующей лечебной тактикой, психические нарушения при циррозе печени обратимы и доступны лечению лишь в начальный период. В этих случаях можно добиться значительных результатов длительной терапией, применяя антибиотики и ограничивая поступление белка в организм (Добжанский).

Психосоматические расстройства при язвенной болезни

Язвенная болезнь реализуется не без участия других органов и систем, например, было отмечено влияние n. vagus, хотя недавно его роль преувеличивали. Влияние ЦНС при пилородуоденальной язве проявляется тревожностью, эгоцентризмом, повышенными притязаниями, тревожно-фобическим и ипохондрическим синдромами. Нервно-психический стресс — один из этиологических факторов развития язвенной болезни.

В современной литературе появляется все больше публикаций, посвященных психосоматическим заболеваниям. Психосоматическая патология, как известно, встречается достаточно часто. Как правило, больные с психосоматическими расстройствами (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит и другие болезни) лечатся в общесоматических стационарах, и почти всегда эти заболевания не излечиваются, т. к. в основе их генеза лежит психопатология, которая не учитывается лечащим врачом, а лечение не приносит желаемого результата.

Патология больных с язвами ЖКТ

У больных с язвами ЖКТ внешне поведение не отличается от нормального, но отмечается своеобразная агрессивность (диссоциация между агрессией и сдерживающими механизмами), т. е. имеет место внутриличностный конфликт.

Отличие от здоровых: более высокая степень подозрительности, обидчивость; тревожность; подавленность, печаль, неуверенность; эмоциональное застревание на некоторых состояниях; наличие агрессивных эмоций.

Клиническая картина

Больным присуща маскировка депрессии. Она сочетается со сниженным жизненным тонусом. Это преморбидное состояние, способствующее развитию ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда).

Больные склонны к сокрытию своей патологии. 38% больных признают выраженную тревожность, у 5% больных наблюдаются астенодепрессивные состояния. Эти явления лежат в основе невротизации больных. Язвенная болезнь в преморбиде диагностируется при наличии некоторых особенностей: стремлении подавлять окружающих, вспышках агрессии, в случае неудач — склонности к алкоголизму.

Депрессивность, недовольство окружающими — все эти особенности складываются при наличии психогений в детстве, психотравм. Затем они усиливаются в зрелом возрасте. Такие больные воспитываются в многодетных семьях, являясь младшими детьми.

В школьные годы отмечается пассивное подчинение, слабое включение в конкурентную борьбу за лидерство. Дети воспитываются в условиях эмоциональной изоляции. В период до 30 лет увеличивается риск развития этого заболевания, чему способствует низкая мотивация достижения успеха. Наблюдается аффективная ригидность, т. е. застойность, негибкость в поведении. Такие больные отличаются малоподвижностью, склонны к формированию навязчивостей и сверхценных идей, используют поведенческие стереотипы, т. е. шаблоны поведения.

Психологические типы язвенных больных

Каждое психосоматическое заболевание, в том числе и язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, в своей основе имеет специфические психологические особенности личности, хотя считается (Alexander, 1934 г.), что «язвенного типа личности» не существует. Выделяют несколько психологических типов. Так, например, Overbeck и Biebl (1975 г.) предлагают разделение язвенных больных на 5 типов:

I. Психически «здоровый» язвенный больной: заболевает язвой в качестве единичной психосоматической реакции при массивной нагрузке и сильной регрессии «Я».

II. Язвенный больной с неврозом характера: формирование псевдонезависимых реакций при постоянном переживании обид, неудач.

III. Социопатический язвенный больной: больные со слабым «Я», чрезмерной зависимостью, заболевают при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе.

IV. «Психосоматический» язвенный больной: личности с бедной фантазией, видят в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах привычно психосоматически реагируют.

V. «Нормопатический» язвенный больной чрезмерно ориентирован на нормативность поведения с отчетливыми ограничениями «Я». Язва возникает на фоне хронической стрессовой перегрузки.

Большинство авторов (Freyberger, 1972 г.; Balint, 1969 г.; Loch, 1963 г. и др.) выделяют 2 типа — гиперактивный и пассивный. Считается, что почти у всех больных язвенной болезнью имеет место внутренний конфликт по типу «взять—отдать» — борьба между двумя противоположными стремлениями (зависимость и боязнь открыто демонстрировать эту зависимость).

При пассивном типе больные наслаждаются преимуществами зависимости и не предпринимают шагов к самостоятельности. На первом плане у таких пациентов стоит бессознательный страх быть покинутыми. При гиперактивном язвенном типе желание зависимости сознательно отвергается. Эти больные заботятся о других, стараются быть лидерами, постоянно ищут успеха, но не находят его. Некоторые исследователи

(Zander, 1976 г.) считают, что пусковым фактором является зависть — «язва возникает, когда человек с голодной установкой должен видеть, как питается другой». Известно, что еда представляет собой первое явное удовлетворение рецептивно-собирательного желания. В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным связаны очень глубоко.

Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, что нередко в обществе, главной ценностью которого считается независимость, желание это находит регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. Эта тяга стимулирует секрецию желудка, а хроническое повышение секреции у предрасположенного индивида может привести к образованию язвы. На базе гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы № 3 г. Воронежа проводилось обследование пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Целью являлось изучение внутренней картины болезни и психологических особенностей больных путем расспроса, сбора анамнеза, а также использования психологических тестов. В процессе беседы особенно важно было выяснить, с чем сам пациент связывает свое заболевание.

Методика определения энеа-типов

Использовались опросники самооценки тревожности и депрессии Цунга, а также методика определения энеа-типов. Особый интерес представляет исследование энеа-типологической структуры личности, по Клаудио Наранхо. Эта методика применяется в настоящее время достаточно редко, хотя имеет ряд достоинств перед другими опросниками — пациент, например, не имеет возможности выбрать желаемые для себя ответы, так как варианты приблизительно равноценны. Этот опросник состоит из 9 вариантов по 20 утверждений. Больному предлагается выбрать из этих 9 вариантов тот, с которым он сам себя ассоциирует. В основе каждого энеа-типа лежит определенная страсть. Так, для I типа характерен гнев, II — гордость, III — тщеславие, IV — зависть, V — алчность, VI — страх, VII — чревоугодие, VIII — вожделение, IX — леность.

В процессе общения с пациентами выяснилось, что большая часть пациентов связывает свое заболевание с психологическими причинами, что подтверждается и достоверно повышенным уровнем тревожности и депрессии (в среднем на 10—15 пунктов (20—25%)) по сравнению с пациентами, которые не соотносят болезнь с психическими факторами, причем уровень тревожности на 5—7 пунктов был выше уровня депрессии. Повышенный уровень тревожности связан как с личностными особенностями пациентов, так и с нахождением больных в стрессогенных условиях стационарного лечения. Пациенты отмечали, что в домашних условиях они чувствуют себя гораздо более комфортно и свободно. При исследовании энеа-типологической структуры особый интерес представляли пациенты с IV (зависть) и VII (чревоугодие) типами, которые предположительно (в соответствии с современными концепциями психосоматической медицины) могут иметь тенденцию к заболеванию язвенной болезнью.

Пример № 1 (энеа-тип IV): пациентка К., 52 года; впервые выявленная язвенная болезнь желудка; эрозивный гастрит, панкреатит; инвалид II группы. Считает себя крайне эмоциональным человеком — «на этом фоне и развилась язва». Эрозивный гастрит в течение 30 лет. Жизнь воспринимает трагично, чувствует себя одинокой, хотя есть сын 17 лет. Три года назад от нее ушел муж, недавно умерла мать, которая была самым близким человеком. Ожесточена по отношению к другим людям. Часто плачет. Лидером быть никогда не стремилась. Эти особенности характерны для IV энеа-типа, имеющего в качестве основной страсти зависть. К. Наранхо характеризует таких людей как ищущих счастье через боль. Также очевиден пассивный тип язвенного больного.

Вероятно, эта больная является «психосоматическим» язвенником (по Overbeck,

Biebl), так как обладает бедной фантазией, чувствует себя одинокой, имеет сопутствующую патологию, а язва развилась после потери объекта зависимости (матери).

Пример № 2 (энеа-тип VII): пациентка З., 55 лет; впервые выявленная язвенная болезнь желудка; эрозивный гастрит; 6 месяцев назад перенесла микроинсульт; инвалид II группы. Замужем, взрослые сын и дочь. Обстановку в семье оценивает как хорошую. Себя считает эмоциональным человеком. Считает, что язва имеет психогенную природу. Жизнерадостна, отмечает, что «все хорошо». Говорит, что в коллективе стремилась быть лидером, выделяться среди других, нравиться мужчинам.

Отмечает, что очень сильно переживает по поводу неудач. Говорит, что очень любит заботиться о других людях. Такие особенности характерны для «оппортунистических идеалистов» (энеа-тип VII), имеющих страстью ненасытность и чревоугодие. Очевиден гиперактивный тип язвенного больного. По Overbeck и Biebl, она, вероятнее всего, является язвенным больным с неврозом характера — имеет место длительное переживание неудач. Таким образом, исследование энеа-типологической структуры личности помогает лучше понять личностные особенности пациента, предсказать его поведение в тех или иных ситуациях. При исследовании выяснилось, что большая часть пациентов имеет характерные для язвенных больных типы поведения. Следовательно, при лечении больных язвенной болезнью необходимо учитывать психические особенности пациентов и проводить психотерапевтическую коррекцию.

Влияние психических стрессов на возникновение язвенной болезни

Больные были настроены доброжелательно, с удовольствием входили в контакт. Также выяснилось, что многие пациенты с язвенной болезнью перенесли в недавнем прошлом какую-либо психическую травму (развод или смерть одного из родителей). Значительная часть из них в настоящее время живет в социально неблагополучной обстановке. У больных с типичными ноющими болями в эпигастрии, выступавшими в качестве моносимптома, отмечены наименьшие психологические изменения, их отношение к болезни характеризовалось преобладанием эргопатического, сенситивного и анозогнозического типов. Жалобы на тошноту и рвоту сочетались с нарастанием невротизации, дезадаптивными тенденциями в отношении к болезни (тревожной, неврастенической и эгоцентрической) и снижением показателя качества жизни. Такие пациенты нуждаются в коррекции психического статуса для достижения психологической компенсации в фазе ремиссии ЯБДК.

Связь язвенной болезни с конституцией

Идея о тропности определенного спектра заболеваний к тому или иному конституциональному типу, регистрируемому по особенностям телосложения, принадлежит немецкой конституциональной школе. Согласно этой точке зрения, конституция больного и ассоциированная с ней реактивность организма рассматриваются в качестве предрасположения, диатеза к определенной патологии. Современные данные показывают, что при таком понимании конституции происходят ошибочные толкования в вопросе соотношения типов телосложения и болезни. Полярные соматотипы — астенический и гиперстенический — оцениваются в качестве субпатологических вместо определения их в контексте нормального распределения морфофенотипической изменчивости человеческой индивидуальности.

Второе недоразумение — понятийное, когда в термине «конституционально-генетическое предрасположение» смешивают наследственный фактор в смысле накопления мультифакториального заболевания у родственников пробанда и конституциональный фактор, который отражает организменные кондиции больного, свойства «реагирующего субстрата» (по И. В. Давыдовскому). В отношении язвенной

болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сложились представления о связи заболевания с астеническим типом телосложения. По Н. Пенде, язвенная болезнь является ярким примером конституционального заболевания, а лица с язвенной болезнью соответствуют астенико-микроспланхническому типу. Известный русский клиницист Н. Д. Стражеско считал, что «больные как бы от рождения предрасположены к язвенной болезни в силу своей астенической конституции».

Ставшая традиционной, эта точка зрения отражена во многих руководствах по гастроэнтерологии и в конституциональных исследованиях. В то же время в небольшом числе современных работ, выполненных с применением объективных антропометрических методик, это традиционное положение ставится под сомнение. А. И. Спектор с соавторами, изучая распределение основных морфофенотипов конституции среди больных язвенной болезнью, отметили, что нормостенический тип телосложения встретился в 71,4% случаев, астенический тип телосложения наблюдался у 17,6%, а гиперстенический — у 11% обследованных больных. А. А. Шептулин при обследовании большого числа больных язвенной болезнью не отметил преобладания астенического типа телосложения.

В другом исследовании была сделана выборка больных язвенной болезнью со злокачественным, прогредиентным течением. Среди этих больных преобладали лица астенического телосложения. Это подтверждает определенные конституциональные зависимости в клинических проявлениях язвенной болезни. Таким образом, можно сделать вывод, что современная конституциология переносит акцент в исследованиях с изучения частоты встречаемости отдельных конституциональных типов при различных заболеваниях на изучение причин, механизмов, клинических различий, вариантов течения патологических процессов в дифференцированных по конституциональным характеристикам группах больных.

Основной итог проведенного клинико-антропометрического исследования больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ориентированного на изучение взаимоотношений между обобщенными характеристиками болезни (тип течения, сезонность обострений, возраст начала формирования язвенной болезни), факторами, влияющими на ее возникновение (пол, наследственное отягощение) и конституциональными особенностями телосложения больных, можно свести к следующим положениям. Первое заключается в возможности изменения взглядов на соотношение язвенной болезни и конституции больных ввиду отсутствия связи болезни с определенным конституционно-морфологическим типом.

Результаты исследования показали, что соматотипическая идентификация больных дает большее основание оценивать ее с точки зрения различий в клиническом проявлении, течении, сезонности обострений, возрасте формирования болезни и т. п. Прогрессирующее течение, сезонность обострений и ранний возраст начала формирования язвенной болезни связаны с астеническим соматотипом, а непрогрессирующее течение, отсутствие сезонности обострений и более поздний возраст начала болезни — с гиперстеническим соматотипом.

Эти связи, помимо факта установления статистических закономерностей, очевидно, имеют глубокий биологический смысл. Соматотип, или морфофенотип конституции, как высший уровень целостной организации человека является, с современных позиций, интегральной внешней характеристикой индивидуально-типологических особенностей динамики онтогенеза, обмена веществ и реактивности организма.

Подобно тому как симптомы и синдромы болезни отражают определенные общие закономерности звеньев патогенеза болезненных проявлений, морфофенотип выступает в качестве обобщенной, легкодоступной для диагностики объективными антропометрическими способами внешней характеристики конституционально-биологических свойств организма, условий, в которых развивается патологический

процесс.

Конституциональная норма реакции, маркируемая определенным соматотипом, не изменяет сущности самой язвенной болезни с присущими ей характерными клиническими признаками, закономерностями развития и исхода, но она позволяет выяснить конституционально-зависимые признаки болезни, придающие патологическому процессу индивидуальное выражение.

Такой взгляд на роль конституционального фактора имеет большое значение для уточнения типологических проявлений в диагностике, прогнозе и терапии язвенной болезни, оценке факторов, способствующих и/или упреждающих ее развитие. Второй важный аспект полученных данных заключается в факте корреляции наследственного отягощения по язвенной болезни с гиперстеническим соматотипом и отсутствии такой корреляции при астеническом соматотипе. Согласно традиционной точке зрения, следовало бы ожидать большую генетическую отягощенность в группе астеников, что и позволило бы считать наследственно-конституциональной обусловленность язвенной болезни.

Однако в связи с полученными данными о независимости распределения частоты встречаемости данного заболевания от соматотипической принадлежности больных полученные результаты можно оценить с иных позиций.

Патогенетические различия язвенной болезни у разных конституциональных типов

Как известно, язвенная болезнь, являясь мультифакториальным заболеванием, предполагает разнообразие вклада генетической и средовой компоненты. Последнюю чаще связывают с психоэмоциональными стрессами, что дает основание считать эту патологию психосоматической. Учитывая эти представления, а также современные исследования о взаимосвязи тормозимого склада личности с астеническим соматотипом, астенических, синтонных черт с гиперстеническим соматотипом, можно предполагать существенные различия в генезе язвенной болезни при разном конституциональном типе. Очевидно, что при развитии язвенной болезни у гиперстеников locus minoris resistentiae в большей степени определяется наследственным отягощением по данному заболеванию, а действие психосоциального стрессора является триггерным механизмом для возникновения психосоматического реагирования.

Иначе, возможно, происходит формирование язвенной болезни у астеников: без соответствующей наследственной отягощенности и предполагает конституциональную предпосылку к формированию патологического очага в желудке или двенадцатиперстной кишке. Не случайно видные клиницисты обращали внимание на особенности локализации язв у лиц с астеническим телосложением. В заключение следует подчеркнуть, что конституциональный подход к изучению формирования, клиники и течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, являясь частью клинического обследования больного, расширяет представления о некоторых патогенетических закономерностях ее возникновения и причинах гетерогенности.

Этот подход может также позволить выделить конституционально предпочтительные профили клиники и течения язвенной болезни, оценить данные морфологии и функции желудка на основе принципов соматопсихической целостности человеческой индивидуальности.

В прессе появились сообщения нью-йоркских исследователей (St. Luke's-Roosevelt Hospital) о том, что широко применяемый при язвенной болезни желудка, гастроэзофагальном рефлюксе и других заболеваниях препарат фамотидин (квамател, гастросидин) может улучшать состояние больных аутизмом и шизофренией.

Психосоматические расстройства при заболеваниях кишечника

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, и в первую очередь синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), относятся к одной из наиболее распространенных форм психосоматических расстройств (Смулевич А. Б. с соавт., 1998 г.).

По современным оценкам, распространенность СРТК в населении достигает 20% на протяжении жизни и 8—19% на момент эпидемиологического исследования (Drossman D. A., 1994 г.). В отличие от кардионевроза, тревожно-фобическая симптоматика представлена более тяжелыми проявлениями — признаками генерализованного тревожного расстройства (частота коморбидных функциональных нарушений со стороны желудка и генерализованного тревожного расстройства достигает 75%). Результаты многочисленных исследований достоверно свидетельствуют о высокой частоте (от 54 до 100%) и значительном полиморфизме психических расстройств у больных с СРТК (Kellow J. E. с соавт., 1992 г.; Lydiard R. B., 1994 г. и др.). Психопатологические проявления СРТК включают невротические, истероипохондрические, тревожно-фобические (Lydiard R. B., 1994 г.; Liss J. L. с соавт., 1973 г.), аффективные (депрессивные) (Fava G. A, Pavan L., 1976 г.; Wender P. H., Calm M., 1983 г.), патохарактерологические расстройства (Марилов В. В., 1995 г.).

Однако клинические проявления психических расстройств, структура коморбидных соотношений с функциональными нарушениями ЖКТ, а также разработка адекватных методов терапии остаются предметом дальнейших исследований. Оценки коморбидных связей психических расстройств и функциональных нарушений нижних отделов ЖКТ противоречивы. По мнению одних исследователей, симптомы СРТК — следствие клинической манифестации тревожных и депрессивных расстройств (Мясищев В. Н., 1964 г.; Walker E. с соавт., 1990 г.). Другие авторы, напротив, интерпретируют психопатологические симптомы как вторичные по отношению к дисфункциям толстого кишечника либо вовсе отрицают клинически значимые связи между СРТК и психическими расстройствами (Яковенко Э. П. с соавт., 1998 г. и др.). Психическая патология при СРТК определяется истероипохондрическими реакциями (10,7%), паническим (10,0%) и генерализованным тревожным расстройством (6,4%), ипохондрическим развитием (14,3%).

Также установлен высокий уровень психических расстройств эндогенного спектра (58,5%): депрессии в рамках циклотимии — 47,1%, вялотекущая ипохондрическая шизофрения — 11,4%. Коморбидная патология толстого кишечника представлена явлениями дисбиоза (снижение общего количества нормальной кишечной флоры — 90%, условно-патогенная флора кишечника — 64%), дискинезии желчевыводящих путей (по гипомоторному типу — 40%, по гипермоторному — 10%), хроническим холециститом вне обострения (30%), дискинезией толстой кишки (по гипомоторному типу — 20%, по гипермоторному — 40%). В результате клинического анализа установлена дифференциация СРТК на 4 типа в зависимости от коморбидной психической патологии: СРТК при депрессивных расстройствах, при ипохондрическом развитии, при тревожно-фобических расстройствах, при истероипохондрических расстройствах.

СРТК при депрессивных расстройствах

Клиническая картина СРТК у большинства больных депрессией представлена сочетанием явлений гипомоторной дискинезии толстой кишки с абдоминалгиями. В ряду диспептических нарушений преобладают запоры — изолированные или в сочетании с относительно редкими эпизодами диареи. Особенности гипомоторной дискинезии у больных депрессией определяются значительным ослаблением (вплоть до полной редукции) собственно позывов на дефекацию, которые замещаются ощущением тяжести,

переполнения, неполного опорожнения кишечника. Абдоминалгии формируются вне связи с позывами на дефекацию, преимущественно в проекции ободочного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку и обнаруживают тенденцию к ограниченной миграции по ходу толстой кишки. Динамика симптомов СРТК определяется фазным характером течения депрессивных расстройств: явления СРТК манифестируют аутохтонно, одновременно с другими клиническими признаками депрессии; обратное развитие функциональных расстройств толстого кишечника происходит параллельно редукции аффекта.

СРТК формируется на фоне затяжных (более 2 лет) апатических и адинамических эндогенных депрессий, преимущественно (87%) легкой и умеренной степени тяжести. К особенностям аффективного синдрома следует отнести преобладание соматовегетативного симптомокомплекса депрессии, представленного стойким снижением аппетита, чувством неприятного (горького) привкуса во рту, значительной (более 5%) потерей в весе, явлениями поздней инсомнии и патологическим циркадным ритмом. Когнитивная составляющая депрессивного синдрома ограничивается пессимистическим отношением к состоянию здоровья, стойкой ипохондрической фиксацией на проявлениях телесного дискомфорта и нарушениях функции толстой кишки. Сопутствующая субклиническая органическая патология ЖКТ встречается более чем в 2/3 случаев и представлена хроническим бескаменным холециститом (17%), аномалиями (врожденными или приобретенными) желчного пузыря (80%) и желчевыводящих путей (гипомоторная дискинезия) — 40%. Дисбиотические изменения микрофлоры кишечника встречаются в минимальной пропорции (16%).

СРТК при ипохондрическом развитии

У пациентов с ипохондрическим развитием, в отличие от больных депрессией, СРТК протекает с преобладанием упорных — по типу идиопатических — алгий (А. Б. Смулевич с соавт., 1992 г.), абдоминальных болей (четкость и стойкость локализации болей, неизменный «предметный» характер ощущений); диспептические расстройства встречаются так же редко, как и у больных с депрессией (16,7%), но в отличие от последних, представлены диареей. В отличие от аутохтонной и симультанной манифестации при аффективной патологии, формирование СРТК у пациентов с ипохондрическим патохарактерологическим развитием предшествует патологической динамике личности и на начальных этапах заболевания обнаруживает связь с соматогенными факторами: транзиторная гастроэнтерологическая патология либо инфекционной этиологии, либо с острыми явлениями дисбиоза, требующая, как правило, специализированной помощи в условиях инфекционного или гастроэнтерологического стационара.

Особенности течения желудочно-кишечных расстройств

Однако, несмотря на сравнительно быструю (в среднем 1—2 недели) редукцию острых желудочно-кишечных расстройств и бактериального состава среды толстого кишечника, у пациентов формируется хронический СРТК. В последующем симптомы СРТК персистируют на фоне патохарактерологической динамики, квалифицированной у части пациентов в регистре личностных расстройств, у остальных — психопатоподобных изменений в структуре вялотекущей ипохондрической шизофрении. Проявления СРТК интегрируются в симптомокомплекс сверхценной ипохондрии, в структуре которого доминируют идеи восстановления здоровья — нормализации функционального состояния толстого кишечника, сопровождающиеся созданием систем ограничений в питании с постепенным исключением из рациона все большего количества пищевых продуктов. Коррекция диеты осуществляется в зависимости от выраженности абдоминалгий и телесного дискомфорта после приема тех или иных продуктов, нередко с привлечением

сведений, почерпнутых из популярной литературы или от знакомых.

Развитие психических нарушений

Даже незначительное отклонение от сложившегося стереотипа питания сопровождается резким усилением абдоминалгий, метеоризмом, ощущением вздутия живота, нарушениями стула (явления психосоматического развития (Коркина М. В., Марилов В. В., 1995 г.). Подобная же избирательность наблюдается и в отношении лекарственных средств. В ряду негативных расстройств, формирующихся по мере течения эндогенного заболевания, выявляются психопатоподобные (изменения личности по типу фершробен), реже — неврозоподобные (астенические) изменения. Нарастание психопатоподобного дефекта со странностями и чудаковатым поведением сопряжено с нелепыми и вычурными диетическими схемами и другими средствами самолечения, к которым прибегают пациенты для купирования тягостных ощущений в области толстого кишечника (сильное, до образования геморрагии надавливание или удар кулаком в области проекции боли, длительное (до нескольких часов подряд) пребывание в ванне с прохладной водой и т. д.).

Неврозоподобные изменения реализуются в рамках астенического дефекта с явлениями соматопсихической хрупкости (Внуков В. А., 1937 г.) (обострение болевых ощущений и нарушений частоты стула в ответ на любые, даже незначительные интеллектуальные и физические нагрузки). Формирование астенической симптоматики сопровождается падением активности и работоспособности и в конечном итоге — дезадаптацией пациентов: снижением профессионального уровня, переходом на менее квалифицированную (и менее оплачиваемую) работу вплоть до оформления инвалидности по психическому заболеванию. Удельный вес сопутствующей хронической органической патологии ЖКТ у пациентов с ипохондрическим развитием значительно ниже, чем у больных депрессией (18% против 83%), и определяется иными расстройствами: включает ряд нарушений кишечника, которые, наряду с ипохондрическими расстройствами, также могут способствовать персистированию абдоминалгий: постинфекционный колит (6%), сочетание аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей (6%), дискинезия желчевыводящих путей (3%), хронический бескаменный холецистит (3%).

Развитие дисбактериоза

Дисбиотические изменения микрофлоры кишечника у пациентов с ипохондрическим развитием, напротив, встречаются чаще, чем при депрессии (41% против 16%)? и представлены более выраженным снижением уровня нормальной флоры с увеличением содержания дрожжеподобных грибов. Накопление случаев дисбиоза происходит преимущественно в подгруппе больных вялотекущей шизофренией (36% от 41%), причем явления дисбиоза носят вторичный характер и формируются в результате неадекватных мер самолечения и неконтролируемого применения больших количеств антибактериальных препаратов.

СРТК при тревожно-фобических расстройствах

Симптоматика СРТК при тревожных расстройствах выступает преимущественно в форме спонтанных спастических, стягивающих, режущих болей в области живота, сопровождающихся резкими и интенсивными позывами на дефекацию, чувством распирания, бурления в толстом кишечнике, повышенным газообразованием.

Развитие моторных нарушений

Нарушения моторной функции толстого кишечника представлены преимущественно диареей (многократный жидкий стул с чувством неполноты опорожнения кишечника); вариантов моторных нарушений толстой кишки с

преобладанием запоров у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами не выявляется. Динамика симптомов СРТК обнаруживает сопряженность с закономерностями течения тревожно-фобических расстройств. Функциональные расстройства ЖКТ манифестируют и редуцируются параллельно тревожной симптоматике. Персистирование абдоминалгий и нарушений моторики толстого кишечника отмечается в случаях хронификации тревожно-фобических расстройств. СРТК, коморбидный тревожно-фобическим расстройствам, перекрывается преимущественно с паническими атаками. Панические атаки, как правило, протекают по типу алекситимической паники: при острой выраженности болевого синдрома, даже в случаях, когда панические атаки имитируют картину острого живота, признаков витального страха не выявляется.

Другая особенность тревожных расстройств — ограниченность соматовегетативных компонентов тревоги, представленных лишь функциональными расстройствами ЖКТ, в то время как нарушения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, характерные для панических атак в целом, представлены рудиментарно. В 1/3 случаев СРТК у пациентов с паническим расстройством наблюдается хронификация тревожной патологии с формированием стойкой агора- и социофобии. Симптоматика агорафобии наряду с избеганием ситуаций, провоцирующих панические атаки, включает передвижение вблизи расположения туалетов, неоднократные «ритуальные» физиологические отправления перед выходом из квартиры. Социальная фобия представлена страхом «осрамиться» перед окружающими (скоптофобия — Ф. Н. Досужков, 1963 г.) с опасениями недержания стула и громкого «урчания» в животе и сопровождается избеганием посещения общественных мест.

В спектре сопутствующих соматических нарушений у больных СРТК с паническим расстройством преобладает гастроэнтерологическая патология, сопряженная, как и собственно тревожные расстройства, с усилением моторной функции толстого кишечника (диарея, явления метеоризма), дисбактериозом (64%), гипермоторными дискинезиями желчевыводящих путей (74%) в сочетании с хроническим бескаменным холециститом (57%) и реактивным панкреатитом (11%).

СРТК при истероипохондрических расстройствах

Клинические проявления СРТК обнаруживают ряд отличий от функциональных нарушений толстой кишки при трех других типах синдрома, рассмотренных выше. Абдоминалгии, выступающие у пациентов с депрессиями и ипохондрическим развитием как монотонные мономорфные болевые ощущения в проекции толстой кишки, при истероипохондрических расстройствах отличаются полиморфизмом, неустойчивостью локализации и представлены яркими и отчетливо предметными телесными сенсациями, достигающими степени телесных фантазий (ощущение прокалывания иглой, жжение в форме шара внутри живота).

Дифференциальная диагностика

Особенности проекции и описательных характеристик болевых ощущений, как правило, позволяют легко дифференцировать их от проявлений соматической патологии. Нарушения частоты и консистенции стула представлены преимущественно (80%) диареей и не имеют четкой связи с болевым синдромом. Если у пациентов с СРТК первых трех типов речь идет о преимущественном нарушении функционального статуса нижних отделов ЖКТ, то в случаях СРТК у пациентов с истероипохондрическими реакциями абдоминалгии и нарушения моторики ЖКТ сочетаются с функциональными нарушениями других органных систем (сердечно-сосудистой, бронхолегочной и др.), причем такие сочетания могут совпадать во времени или сменяться в динамике, подчас в течение

одного дня. В то время как симптомы СРТК при депрессивных, патохарактерологических и тревожно-фобических расстройствах формируются спонтанно или при участии соматогенных факторов, манифестация и экзацербации СРТК при истероипохондрических расстройствах сопряжены с психогенными воздействиями и полностью редуцируются параллельно последним в течение относительно короткого периода времени (не более 2—3 месяцев) после разрешения ситуации.

Психопатологическая симптоматика, в отличие от первых трех типов, характеризуется транзиторностью и не выходит за рамки субсиндромальных образований. Поведение — с чертами демонстративного и склонностью к чрезмерной драматизации собственного страдания. Субклиническая соматическая патология и морфологические аномалии пищеварительной системы (хронический холецистит, дискинезии желчевыводящих путей и др.) при истероипохондрических расстройствах выявляются лишь в 4% наблюдений (против 100% при СРТК с депрессивными, патохарактерологическими и тревожно-фобическими расстройствами).

Частота дисбиоза составляет лишь 8%. При этом характерного для больных первых трех типов явного и достоверного преобладания функциональных расстройств ЖКТ над нарушениями функций других органов не обнаруживается; нарушения со стороны сердечно-сосудистой (пролапс митрального клапана, желудочковые экстрасистолы и др.) и дыхательной (хронический бронхит) систем у пациентов с СРТК при последнем типе встречаются в 3% и 1,5% наблюдений соответственно.

На основании вышеизложенного можно сделать общие выводы: в спектре психической патологии, коморбидной СРТК, преобладают (58,5%) расстройства эндогенного спектра (депрессия в рамках циклотимии — 47,1%, вялотекущая ипохондрическая шизофрения — 11,4%). На втором месте по частоте стоит патология невротического регистра (41,5%), представленная истероипохондрическими реакциями (10,7%), паническим (10,0%) и генерализованным тревожным расстройством (6,4%).

Личностные расстройства (ипохондрическое развитие) выявляются в 14,3%.

Клинические проявления СРТК дифференцируются в соответствии с психопатологической структурой коморбидной психической патологии на 4 типа: СРТК при депрессивных расстройствах, при ипохондрическом развитии, при тревожно-фобических расстройствах; при истероипохондрических реакциях.

СРТК при депрессивных расстройствах (длительные, более 2-х лет, апатические эндогенные депрессии) определяется гипомоторной дискинезией (многодневные запоры при отсутствии позывов на дефекацию), сопряженной со стойкими абдоминалгиями в проекции толстого кишечника СРТК при ипохондрическом развитии (синдром сверхценной ипохондрии с идеями нормализации функционального состояния толстого кишечника, созданием систем самолечения — диета, подбор лекарств) определяется абдоминалгиями (по типу идиопатических алгий) с транзиторными нарушениями стула (сочетание диареи и запоров).

СРТК при ипохондрическом развитии в рамках вялотекущей шизофрении (малосистематизированный ипохондрический бред, психопатоподобный и астенический дефект) определяется сенестоалгиями, сенестопатиями и явлениями диареи (вследствие дисбиоза, связанного с неконтролируемым приемом антибиотиков).

СРТК при тревожно-фобических расстройствах (спонтанные панические атаки по типу алекситимической паники, явления агорафобии и скоптофобии) определяется эпизодическими (пароксизмально-подобными) явлениями гипермоторной дискинезии с императивными позывами на дефекацию, многократным жидким стулом, метеоризмом, острыми (режущими, колющими) абдоминалгиями, мигрирующими в пределах области живота. СРТК при истероневротических реакциях (психогенно обусловленные разнообразные соматовегетативные расстройства в различных органных системах с нестойкими ипохондрическими фобиями и истероформным поведением) представлен полиморфными и изменчивыми по локализации абдоминалгиями с отчетливо предметным

характером (телесные фантазии), редкими и транзиторными нарушениями стула с преобладанием диареи. СРТК обнаруживает связь (за исключением СРТК при истероипохондрических расстройствах) с субклинической соматической патологией ЖКТ (70%), распределяющейся в зависимости от типа функциональных расстройств.

При СРТК у больных с депрессивными расстройствами преобладают (83%) гипомоторные нарушения ЖКТ (аномалии желчного пузыря и желчевыводящих путей).

При СРТК у больных с ипохондрическим развитием обнаруживаются (46%) явления дисбиоза, сопряженные с неконтролируемым применением антибиотиков.

При СРТК у больных с тревожно-фобическими расстройствами преобладают (80%) гипермоторные нарушения толстого кишечника на фоне стойкого дисбиоза, формирующиеся при участии гипермоторных дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Основным методом лечения больных с СРТК первых трех типов является комбинированная фармакотерапия с применением психотропных (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики) и соматотропных (прокинетики, желчегонные, бактериальные препараты) средств. При СРТК 4 типа (больные с истероневротическими реакциями) эффективна монотерапия анксиолитическими средствами.

Лечение

Методы терапевтического воздействия дифференцируются в зависимости от характера клинических проявлений СРТК и психической патологии. При СРТК с депрессивными расстройствами наиболее эффективно (86%) сочетание антидепрессантов с прокинетиками.

При СРТК с ипохондрическим развитием наиболее эффективна (79%) комбинация атипичных нейролептиков (сульпирид, рисперидон, оланзапин) с бактериальными препаратами. При СРТК с тревожно-фобическими расстройствами наиболее эффективно сочетание антидепрессантов с анксиолитической активностью со спазмолитиками и бактериальными препаратами (76%).

Социальная реабилитация больных с СРТК предусматривает своевременную (при первых же обращениях) диагностику и адекватную терапию функциональных расстройств ЖКТ и коморбидной психической патологии (введение психотропных средств в схему лечения уже на первых этапах терапии), что позволит значительно сократить число амбулаторных визитов и длительность пребывания в стационаре.

Психосоматические расстройства при злокачественных новообразованиях

Во всех отраслях медицины ведется борьба против страшного врага человечества — злокачественных опухолей, рака. Многочисленные новые наблюдения в области психологии и психиатрии призваны облегчить работу с онкологическими больными, прежде всего — помочь понять их.

Обобщающих правил и предписаний здесь дать невозможно, поскольку задачи работы с больными, страдающими поверхностными, относительно доброкачественными формами кожного рака, будут совсем иными, чем в случае больших глубоких опухолей опасной локализации.

При работе с онкологическими больными наряду с прогностическими факторами должны взвешиваться характер органной локализации опухоли и ее физиологическое и психологическое влияние.

Само слово «рак» вызывает потрясение, особенно если диагноз оказывается неожиданным, а больной не подготовлен к такому сообщению.

Причины психических нарушений при онкологических заболеваниях

Очень многие больные раком связывали свою напряженность, страхи с малой контактностью врача, с той формой, в которой им был сообщен диагноз. Однако эта опасность угрожает больному и в случае самого тактичного поведения врача, который сообщает диагноз не больному, а его близким. Дело в том, что позднее больной узнает о своей болезни от своего родственника, который ведет себя необдуманно. В таких случаях потрясение также неизбежно. В первый момент возникает ощущение эмоционального шока, слова диагноза звучат для больного смертным приговором. Больной ошарашен, почти теряет рассудок, чувствует, что жизнь для него если и не остановилась, то осталось ему немного. Что знают больные о своем заболевании? Многие из них знают о своей болезни, принимают ее к сведению, в то время как значительная часть реагируют на сообщение отрицанием факта существования у них этой страшной болезни, нежеланием о ней знать.

Трудно скрыть правду от того, кто хочет ее узнать, рано или поздно такой человек добудет нужные ему сведения, удовлетворит свое любопытство путем расспроса соседей по палате, родственников, с помощью энциклопедий, словарей и пр. Есть больные, которые способны расспросить всю больницу, по порядку задавая один и тот же вопрос врачам, сестрам. Из результатов такого опроса они, словно мозаичную картину, складывают свои представления о болезни. Свои выводы о болезни больной может сделать на основании характера больницы (института, отделения), где лежит (например, онкологическое отделение), методов лечения (например, лучевая терапия), но главным источником информации для него, конечно, является врач.

При злокачественных новообразованиях преобладают депрессивно-параноидные состояния, иногда в виде бреда Котара, синдрома Корсакова. Психические нарушения, как правило, развиваются после оперативных вмешательств и при нарастании явлений кахексии.

Прежде всего следует отметить, что сам факт заболевания раком или даже подозрение на него оказывает сильнейшее психотравмирующее воздействие, поскольку, с одной стороны, возникает угроза жизни, а с другой — пугают всевозможные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, с последующей инвалидизацией. Это и создает основу для развития реактивного состояния, степень тяжести которого зависит не столько от соматического благополучия, сколько от психогенных воздействий.

Клиническая картина

Клиническая картина реактивного состояния у онкологических больных в первую очередь характеризуется развитием тревожно-депрессивного синдрома. Возможны также ипохондрические реакции с истерическими компонентами, психопатоподобными расстройствами с паранойяльными установками, раздражительным и злобным настроением. В ряде случаев наблюдаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся страхом, ажитацией, дереализационно-деперсонализационными расстройствами, упорной бессонницей, суицидальными тенденциями.

В случае благоприятного исхода после оперативных вмешательств и успеха консервативной терапии указанные расстройства претерпевают медленное обратное развитие. Этому способствует также сохранение у больных надежды на благополучный исход, даже при выраженных депрессивных и других психопатологических расстройствах. Кроме того, у многих больных обнаруживается психологическая защитная тенденция упрощать сложившуюся ситуацию и вытеснять из сознания мрачные мысли относительно исхода заболевания.

При прогрессировании злокачественного новообразования и утяжеления соматического статуса, особенно при раковых опухолях желудочно-кишечного тракта, на фоне тревожно-депрессивного состояния может развиться нигилистический бред со

слуховыми и тактильными галлюцинациями (синдром Котара). Иногда развиваются амнестические расстройства с конфабуляциями и псевдореминисценциями (синдром Корсакова), а также делириозно-аментивная спутанность сознания. Для психических нарушений при злокачественных опухолях характерны астенические расстройства с выраженной аффективной лабильностью. Нередки реактивные состояния с тяжелой депрессией, когда диагноз становится известен больному. Психозы при злокачественных опухолях развиваются в случаях нарастания кахексии, а также иногда вскоре после оперативного вмешательства. Острые симптоматические психозы проявляются, как правило, делирием с нерезко выраженным возбуждением, немногочисленными галлюцинациями, иллюзиями, онирическими состояниями на высоте психоза. В тяжелых случаях, нередко в претерминальной ситуации, бывают картины мусситирующего делирия или аменции. Реже возникают протрагированные симптоматические психозы в виде депрессивных или бредовых состояний. Депрессии сопровождаются развитием тревоги, иногда тоски. Глубина и выраженность депрессии колеблются, возможны эпизоды делирия. Бредовые состояния проявляются подозрительностью, малой доступностью, отдельными бредовыми идеями конкретного содержания, тревогой, астеническими расстройствами. Развитие апатического ступора свидетельствует о крайнем утяжелении соматического состояния.

Особенности общения с онкологическим больным на разных стадиях заболевания

Начало заболевания

Важным и до сих пор все еще спорным вопросом является вопрос о том, сообщать ли больному о том, что у него рак, или нет. Возможность такого сообщения определяется многими факторами и зависит от страны, сложившихся в ней норм, от традиций лечебного учреждения, а также от установок и уровня профессиональных знаний врача. Основным правилом является то, что, если больной спрашивает об этом, на вопрос обязательно следует ответить. Если же больной вопросов не задает, то сообщать ему о болезни нецелесообразно. Особенно большой вред это сообщение может причинить неизлечимым больным, наблюдались случаи не только тяжелой депрессии, но и самоубийства.

Если наблюдается интенсивная реакция отрицания факта болезни, целесообразно укрепить больного в его мнении. Огромная ответственность ложится в таких случаях на врача, а потому сообщать диагноз больному или близкому ему лицу, которое врач считает наиболее подходящим для этого, можно только в том случае, если наличие рака доказано основательными многосторонними исследованиями (гистология). Врач принимает решение о сообщении диагноза на основании знания особенностей личности и состояния больного. В начале болезни, в период появления метастазов и в конечной стадии ситуация различна. Следует знать, что, сколько и — главное — как сообщить больному. Если не сказать больному о болезни, его активность, желание жить, конечно, будут сохранены, но тогда уже невозможно станет предупредить, например, такой серьезный, но в данном случае неправильный шаг, как женитьба.

И самое главное: не зная о болезни, больной не будет уделять должного внимания ее лечению. Обманывать больного, вводить его в заблуждение очень опасно, в какой бы форме это ни предпринималось. Раньше или позже больной все равно поймет тактику врача. Что и как сообщить больному, врач решает в индивидуальном порядке. Нельзя поддаваться провокационному поведению больного. Такие заявления, как «мне можно сказать правду», «я все выдержу», обычно не соответствуют реальному положению вещей. Кому, что и как можно сообщить, определяется только упоминавшимися особенностями личности больного, его способностью переносить нагрузки. Сообщение диагноза рака — задача только очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях,

способных следить за их реакциями, умеющих найти такие слова, которые не причинили бы психической травмы, не ранили бы больного.

В повседневной жизни можно найти множество форм тактичного сообщения: «опухоль», «если не примем должных мер, состояние может ухудшиться», «опухоль, но операция может помочь», «предраковое состояние» и пр. Но, к какой бы из многочисленных форм сообщения мы ни обратились, следует всегда помнить, что тревожный больной может угадать правду, многое прочесть (и читает!) по жестам и неосторожным словам врача. Конечно, больной может прийти и к ложным умозаключениям. Правду нужно дозировать небольшими порциями, помогая больному привыкнуть к сложившейся ситуации. Это часто необходимо в таких случаях, когда уже при первом обследовании приходится слышать такие заявления: «если у меня рак, я этого не переживу», «если окажусь в таком положении, покончу с собой» и т. д.

Вторая стадия

Часто, владея нужной техникой, врач может переубедить и таких больных. С точки зрения воздействия на психику больного целесообразно выделить три основных стадии злокачественного новообразования. На первой стадии в результате вовремя примененного интенсивного лечения и болезнь, и связанные с нею переживания оказываются лишь минувшими эпизодами из жизни больного (особенно если больному даже не сообщали диагноз). Если отмечается рецидив, появляются новые симптомы, назначаются новые обследования, больничное лечение, а исход болезни становится проблематичным (вторая стадия), то отмечаются и более выраженные страхи, тревога, беспокойство и другие психические реакции, о которых речь пойдет ниже. Больной думает, что лечение, которое он получал до тех пор, было напрасным. Он, словно утопающий за соломинку, цепляется за любую возможность. В таких случаях пробуется все, вплоть до знахарства. На этом этапе болезни человек нуждается в самой большой поддержке, чтобы он мог продолжать активную деятельность.

Третья стадия

Наконец, для третьего этапа, наступающего после длительных страданий, характерно все то, что было описано относительно тяжелых хронических заболеваний. У преобладающей части раковых больных отмечаются серьезные психические реакции — от страхов и тревожного состояния через страх смерти и депрессию до параноидных психозов. Важность этих состояний усугубляет то, что психическое состояние больных тесно связано с течением злокачественного процесса.

Влияние настроения больного на течение и исход заболевания

Клиницисты уже издавна упоминали роль отрицательных эмоций, депрессии, безнадежности в возникновении рака. Современные психосоматические исследования позволили выяснить роль названных факторов. Исследования подчеркивают роль конфликтов детского возраста, неудачных связей с людьми, изолированности, а также различных утрат, вызванных ими депрессий, безнадежности положения. Считается важной и неспособность дать выход агрессивным, враждебным настроениям.

Пожалуй, более едина точка зрения на роль личностных, психических факторов, их влияние на ход ракового заболевания, на его регрессию. Согласно этой точке зрения, очень многое зависит от жизнерадостности больного, от желания жить, от настроения (депрессия, уход в себя), психической защиты и пр. Опыт, накопленный в ходе работы в больнице и диспансере, показывает, что у сильных, жизнерадостных, психически более закаленных людей прогноз благоприятнее, чем у тревожных, охваченных страхами и депрессией. Судьба тех, чьи связи с людьми лучше, кто более общителен, не ушел в себя, благоприятнее, как и тех, кто сумел благодаря помощи извне пережить утрату. Из всего

сказанного можно сделать весьма важный вывод. Если психические факторы играют такую важную роль в возникновении и ходе заболевания, то, следовательно, в ходе диагностической и лечебной онкологической работы психологические занятия и даже психотерапия должны занимать важное место.

Значение психотерапии в лечении онкологических больных

Механически выполняемые процедуры, например облучение, в ходе которого не произносится ни слова, конечно, не успокаивают. Часто вначале больные даже и не соглашаются на некоторые процедуры, а соответствующие беседы заставляют изменить их свое отношение к ним и к лечению в целом. Очень важно подготовить больного в восприятию сопутствующих лечению побочных явлений, которые могут быть тяжелыми (например, выпадение волос). Определенные положительные установки личности врача и сестры, их соотнесенное с реальностью оптимистическое поведение также приводит к лучшим результатам лечения. Сейчас уже появляется все большее количество сообщений об индивидуальных и групповых психологических занятиях с больными. Наряду с лечением основной болезни эти занятия помогают снять излишнюю напряженность больных, улучшить их настроение, резко изменившееся при сообщении диагноза. Тяжелую нагрузку представляет заболевание раком для всех членов семьи больного. Можно сказать, что заболевает вся семья.

В одном случае близкие испытывают неясное чувство вины, в другом — отталкивают от себя, изолируют больного. Больные дети чувствуют, что родители «покинули» их. Все это показывает, что нужно познакомиться с близкими больного, и не только познакомиться и хорошо узнать их, но и заниматься с ними. Конечно, как уже говорилось, работа с онкологическими больными означает тяжелую нагрузку и для врачей, и для сестер — для всего лечащего персонала. Для обеих сторон характерна все большая замкнутость, выход из которой может быть найден только путем бесед. Целью должно служить достижение лучшего контакта с больными, поддержание хороших отношений между работниками лечебного учреждения и ослабление или полное снятие нагрузки. Наряду с результатами новейших исследований известны и попытки профилактического применения психотерапии. Прогноз заболевания более благоприятен, шансов на выздоровление больше, если психотерапия применяется на ранней стадии заболевания или пытаются корригировать травмы и потрясения, пережитые личностью еще до заболевания раком.

Основы ведения больного, носящие психотерапевтический характер: поддержка, помощь и стимуляция. Первым шагом должно быть укрепление связей больного с внешним миром (с врачом, сестрой, членами своей семьи и пр.). Второй шаг — постоянный уход и забота, поддержка и советы, в ходе которых добиваются упрочения контактов больного со средой, его приспособления к новым условиям. Больной всегда должен иметь возможность опереться на лечащий персонал, на тех, кто стремится ему помочь (И. Харди, 1988 г.).

Психосоматические расстройства при воспалительных заболеваниях органов пищеварительной системы

В настоящее время клиника психических расстройств при воспалительных заболеваниях органов пищеварительной системы (аппендицит, гастрит, панкреатит и др.) претерпела значительные изменения. По сравнению с классическими описаниями они стали менее выраженными и стойкими. Реже встречаются развернутые делириозные и аментивные состояния с психомоторным возбуждением. Доминируют гипопсихотические расстройства.

Группы психических расстройств

На разных этапах острых воспалительных заболеваний пищеварительной системы психопатологические проявления значительно отличаются по своему характеру, поэтому целесообразно выделить следующие группы психических расстройств:

I. Инициальные нервно-психические расстройства продромального периода и периода нарастания болезненных изменений. Для начального периода острых инфекционных и воспалительных заболеваний характерны непродолжительные неврастенический, апато-абулический, апато-адинамический и апато-дисфорический синдромы.

II. Нервно-психические расстройства периода разгара болезни. Для периода основных проявлений (разгара болезни) характерны, кроме того, разнообразные гипнагогические расстройства, синдромы нарушенного сознания (делирий, аменция, оглушенность). Возможны галлюциноз, параноид, депрессивные и маниакальные состояния.

III. Нервно-психические расстройства периода выздоровления. Для периода выздоровления характерны сомато-психическая астения, церебрастения.

Выделены следующие этапы психопатологического синдромогенеза: невротический, гипопсихотический, психотический. В период выздоровления возможны как невротические, так и психоорганические синдромы.

Качество нервно-психических расстройств определяется преходящим характером, преобладанием синдромов невротических, гипопсихотических, нарушения сознания, элементами психоорганических явлений.

Психопатологические расстройства при острых хирургических заболеваниях

Классификация психопатологических синдромов

Специфических психопатологических синдромов при острых хирургических заболеваниях нет. Но имеются предпочтительные психические расстройства, выделенные по группам:

I. При генерализованном типе процесса (сепсис) — невротические, гипопсихотические состояния и психозы, чаще с синдромами нарушенного сознания (делирий, аменция).

II. При очаговом типе процесса с выраженным общим токсикозом — преобладание симптомов угнетения психической деятельности — апатии, абулии, адинамии; возможны гипнагогические психические расстройства. Психозы редки.

III. При очаговом типе без выраженных общетоксических явлений (аппендицит, мастит, гастрит и т. п.) — невротические расстройства, легкая апатия; почти не наблюдаются выраженные апато-абулические и апато-адинамические состояния. Психозы редки.

IV. При заболеваниях с церебральной локализацией — явления выключения сознания (оглушенность, сопор, кома) или синдромы помрачения сознания.

Патогенез психосоматических расстройств

В патогенезе нервно-психических расстройств при острых инфекционных и воспалительных заболеваниях имеют значение вирулентность микроорганизма, его нейропсихотропность, особенности тканевого тропизма, токсигенность, характер экзо- и эндотоксина. Определяется четкая зависимость особенностей синдромов — невротических, психотических, психоорганических от массивности заражения,

интоксикации и от темпа действия вредности (острое и хроническое заболевание). В равной степени в патогенезе психопатологических проявлений играет роль реактивность организма, в частности характер вегетососудистых изменений (особенно нарушений капиллярного кровообращения).

Влияние личности больного на патогенез

Кроме того, в структуре нервно-психических расстройств при острых инфекционных и воспалительных заболеваниях определенное место занимает реакция личности на болезнь. Она отмечается главным образом на невротическом этапе развития психопатологических проявлений; на психотическом этапе ее блокируют тяжелые болезненные расстройства. Более отчетливая реакция отмечается при наличии болевого синдрома (аппендицит, панариций, отит и др.), а также при локализации процесса на лице (рожистое воспаление, фурункул). В хирургической практике особенно показательными являются нервно-психические расстройства при раневом сепсисе. Современное комплексное хирургическое и медикаментозное лечение при сепсисе резко изменило частоту возникновения осложнений и трансформировало клиническую картину — реже стали встречаться такие нозологические формы, как гнойный менингит и абсцесс мозга. По развитию неврологических осложнений при сепсисе можно выделить 2 периода: раннее возникновение нервно-психических расстройств, преимущественно невротического уровня, и позднее, с развитием клинической картины энцефалопатии — менингоэнцефалита и абсцесса мозга.

Нарушения ЦНС у хирургических больных

Изучение нервно-психических расстройств у хирургических больных показали, что нарушения центральной нервной системы многообразны и обусловлены единством патогенетических механизмов (врожденные и приобретенные пороки сердца, миастения и др.), поражением головного и спинного мозга вследствие ведущего патологического процесса (ожоги, раневая инфекция, сепсис, поражения магистральных сосудов, панкреатит и др.), осложнениями при хирургическом лечении, наркозе, ангиографии и т. д. Основные нозологические формы неврологических расстройств при сепсисе могут быть разделены следующим образом (по мере утяжеления состояния): токсическая энцефалопатия, менингоэнцефалит, абсцесс мозга. Из сопутствующих расстройств могут быть выделены периферические полиневропатии, мононевропатии и расстройства мозгового кровообращения. Энцефалопатия наблюдается у 80% больных хирургическим сепсисом.

Клиническая симптоматика энцефалопатии

Под энцефалопатией мы понимаем комплекс нервно-психических расстройств вследствие инфекционного и токсико-аллергического поражения центральной нервной системы. Развернутая картина энцефалопатии отчетливо выступает, как правило, через 2—3 недели от начала заболевания. Появляются разнообразные психопатологические симптомы как экзогенного, так и реактивного генеза с превалированием астенических расстройств. У больных отмечаются общее недомогание, слабость, вялость, повышенная утомляемость (с преобладанием физической слабости), раздражительность, головная боль, диссомнические расстройства (затрудненное засыпание, частое пробуждение, реже — повышенная сонливость). У пациентов часто наблюдаются гиперпатия, гиперстезия, астенический ментизм.

Таким образом, соматическая астения является определяющим, «сквозным» синдромом при энцефалопатии у больных сепсисом. Астенические расстройства резко

нарастают после повторных перевязок или оперативных вмешательств. Достаточно редко отмечаются делириозные, аментивные, галлюцинаторно-бредовые расстройства.

Астенические расстройства нередко «затушевываются» психогенными расстройствами, которые выявляются лишь при целенаправленном расспросе; последние чаще бывают невротического уровня (слезливость, повышенная фиксация на своих ощущениях, боязнь уродства, потеря трудоспособности). Однако в ряде случаев возникают депрессивные расстройства (вялая адинамичная депрессия) со стойкими бредовыми идеями самоуничижения, отношения и даже суицидальными мыслями. Этот синдром характеризуется снижением настроения по вечерам, возникновением предсердной тоски на высоте аффекта. По мере утяжеления соматических расстройств депрессивная симптоматика, вначале близкая к чисто невротической, затем приобретает дисфорическую окраску, сочетаясь с другой психоорганической симптоматикой.

У ряда больных, обычно у молодых женщин с деформациями молочных желез после операции по поводу острого мастита, отмечаются навязчивые страхи, как правило, утрированные страхи по поводу жизни, физического состояния, телесного ущерба, потери сексуальной привлекательности. Эти навязчивые страхи не имеют приступообразного характера и не достигают состояния выраженной аффективной направленности с обильными вазовегетативными расстройствами, как это бывает в рамках невроза навязчивых состояний. У больных сепсисом навязчивые состояния чаще протекают атипично и редуцируются по мере улучшения соматического состояния. Реже наблюдается тревожно-депрессивный синдром: тревога проявляется непоследовательностью суждений, резкими переходами с одной темы на другую, тревожными руминациями, иллюзиями Мюллера—Лиера в вечернее время.

Классификация психопатоподобных расстройств при сепсисе

Психопатоподобные расстройства можно разделить на 2 группы: истероформнорегрессивные и эксплозивные. Таким образом, психогенные расстройства развиваются на фоне ведущего при сепсисе астенического синдрома, сливаясь с ним, и представляют достаточную трудность для вычленения из рамок последнего. В редких случаях, в период пика заболевания, психогенная симптоматика приобретает как бы ведущее значение, но и в этих случаях психогенные расстройства остаются на невротическом уровне и редко достигают степени психоза. По мере выздоровления и улучшения общего состояния психогенные расстройства претерпевают обратное развитие, а астеническая симптоматика остается на длительное время (до 1—2 лет после выписки из стационара). Следует подчеркнуть также роль преморбидных расстройств при сепсисе, которые оказывают определенное влияние на их характер (алкоголизм, травма, неврозы, психопатии).

Неврологические расстройства при сепсисе

Неврологические исследования выявили рассеянную микроочаговую симптоматику: нерезко выраженный менингеальный синдром; офтальмоневротические расстройства (нарушение конвергенции, нистагм, анизокория); парез VII и XII черепно-мозговых нервов по центральному типу; гипотонию; патологические знаки; рефлексы орального автоматизма. Сухожильные и периостальные рефлексы чаще торпидные, особенно угнетен коленный рефлекс. Общим признаком для энцефалопатий при сепсисе является возникновение генерализованной мышечной слабости, что нередко служит причиной нарушения походки. Отмечаются нарушения мышечного тонуса в форме гипотонии. При развитии печеночной недостаточности в ряде случаев появляются непроизвольные движения конечностей и, в частности, астериксис (так называемый «порхающий» тремор при вытянутых вперед верхних конечностях). Наблюдаются разнообразные полиморфные вегетососудистые расстройства: тахикардия, гипергидроз

кистей и стоп, стойкий (чаще красный) дермографизм, неустойчивость артериального давления, пульса. Вазовегетативные расстройства перманентного и пароксизмального характера проявляются, как правило, симпатической направленностью вегетативного тонуса.

По мере утяжеления состояния больного вегетативные реакции начинают отличаться монотонностью и атипичностью. При электороэнцефалографии выявляются дизритмия корковой активности, увеличение частоты ритма, снижение амплитуды колебаний. Заживление ран, улучшение соматического состояния приводят параллельно к регрессу психопатологических и неврологических расстройств, нормализации рефлексов, стабилизации вегетативных реакций. Астеноневротический синдром медленно претерпевает обратное развитие, оставаясь на долгое время после выписки из стационара. Обращает на себя внимание, что уже в период клинического выздоровления у преобладающего большинства больных на фоне астении отмечается почти полное отсутствие каких-либо ярких эмоциональных проявлений («эмоциональная тупость», значительное уменьшение чувства сопереживания родным и близким).

Менингоэнцефалит

Достаточно частым осложнением в течении септического процесса является развитие вторичного менингоэнцефалита. Симптомология менингоэнцефалита достаточно вариабельна, нередко атипична, особенно при лечении сепсиса современными химиотерапевтическими средствами.

Клиническая картина

Заболевание возникает обычно при развернутой картине сепсиса с вечерним подъемом температуры, реже — в период реконвалесценции, при стихании клинических проявлений. Появляется интенсивная головная боль, и возникают расстройства сознания (возбуждение и бред, но чаще вялость, оглушенность, заторможенность). У взрослых редко возникают эпилептические припадки как локального, так и генерализованного характера; последнее более типично для детского возраста. Выявляются менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского. Имеется в ряде случаев динамика менингеального синдрома: в первые дни заболевания определяются симптомы Кернига и Брудзинского, в конце недели, при прогредиентном течении процесса, присоединяются светобоязнь и ригидность мышц затылка.

Характерным признаком являются общая гиперестезия кожных покровов и повышенная чувствительность к световым и звуковым раздражителям. Сильные звуковые стимулы могут привести к тетаническим судорогам. В патологический процесс вовлекаются черепные нервы (III, VI, VII, XII пары). Частыми симптомами являются нистагм, слабость конвергенции, анизокория, асимметрия лицевой иннервации, отклонение языка от средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы чаще снижены, что обусловлено, вероятно, токсическим влиянием на рефлекторную дугу. Довольно часто наблюдается гемисиндром с асимметрией рефлексов по гемитипу. Асимметрия может быть обусловлена в ряде случаев сопутствующим отеком мозга. Выявляются патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо — кистевые и стопные, Гордона, Шеффера). Патологические рефлексы более отчетливы на стороне гемисиндрома.

Нередко обнаруживаются признаки очагового поражения головного мозга, преимущественно лобных, височных, теменных, реже — затылочных отделов, с преобладанием нарушений корковых функций в виде афатических расстройств, апраксии, акалькулии, аграфии, алексии и др., нередко сочетающиеся с рефлекторными асимметриями по гемитипу и патологическими рефлексами. Сочетание признаков фокального поражения мозга, повышенного внутричерепного давления и застоя на

глазном дне заставляет проводить дифференциальный диагноз с абсцессом мозга. Нередко подобная ситуация настолько сложна, что больных переводят в нейрохирургический стационар для обследования и хирургического лечения. В редких случаях (при современных методах лечения) отмечается переход менингоэнцефалита задней черепной ямки в абсцесс мозжечка.

Неврологические нарушения при менингоэнцефалите

Неврологическая симптоматика менингоэнцефалита задней черепной ямки проявляется нерезко выраженными симптомами, которые трудно выявить при постельном режиме у больного сепсисом. Наблюдается сочетание негрубых менингеальных, гипертензивных, стволовых и мозжечковых симптомов: головная боль, рвота при перемене местоположения головы, нистагм, поперхивание, гипотония мышц, расстройства координации движений в конечностях, анизокория и др. На ЭЭГ стволовая симптоматика характеризуется следующими особенностями: изменения проявляются билатерально, синхронно; патологическая активность возникает волнообразно; частота и амплитуда билатеральных вспышек меняется в зависимости от исходного фона ЭЭГ. Иногда на фоне менингоэнцефалита происходит формирование абсцесса мозжечка, образуется рыхлая капсула. Клинически достаточно сложно провести дифференциальную диагностику между менингоэнцефалитом, абсцессом задней черепной ямки и абсцессом мозжечка. Даже компьютерная томография не может окончательно решить этот вопрос, когда на фоне процесса формируется рыхлая и нежная капсула абсцесса. При вовлечении в патологический процесс лимбико-ретикулярного комплекса на первый план выступают симпатико-адреналовые пароксизмальные перманентные нарушения.

Таким образом, развернутая картина вторичного менингоэнцефалита возникает только при сепсисе с тяжелым течением и характеризуется сочетанием менингеальных, очаговых и гипертензивных симптомов. Течение заболевания длительное, и больные нуждаются в наблюдении невропатолога и проведении курсов лечения в течение нескольких лет.

Абсцесс мозга

Классификация абсцессов мозга

Под абсцессом мозга подразумевают скопление гноя, отграниченное от окружающих тканей. По классификации И. М. Иргера (1982 г.), абсцессы мозга разделяются на:

- абсцессы больших полушарий (метастатические гематогенные, отогенные, огнестрельные);
- абсцессы мозжечка (отогенные, метастатические гематогенные).

При внедрении гноеродных микробов в мозг на первом этапе возникает очаговый энцефалит. Под влиянием комплексной терапии, включая антибактериальную, процесс, как правило, приостанавливается и поврежденный участок мозга замещается соединительной тканью; реже участок гнойного расплавления отграничивается пиогенной капсулой с формированием абсцесса. Абсцесс мозга у больных сепсисом протекает, как правило, атипично, на фоне резко выраженной астенизации. При осмотре выявляются очаговые и гипертензионные синдромы. Такое грозное осложнение, как абсцесс мозга, при современных методах лечения встречается достаточно редко.

Однако необходима настороженность, так как без комплексного лечения, включая оперативное, абсцесс мозга приводит к гибели больного (Приленский, 1973 г.).

Особенности психологии хирургических больных

Пожалуй, ни в одной отрасли медицины роль техники и практических навыков не

имеет такого важного значения, как в хирургии. Благодаря развитию анестезиологии, асептики, новым достижениям в области физических и химических наук, патофизиологии и фармакологии хирургия достигла высокого современного уровня. Появилась возможность проведения операций на нервной системе и сердце. Суть, смысл и цель работы хирургического отделения — наиболее результативная и технически совершенная операция.

Хирургическое вмешательство часто производится экстренно. В других случаях больные попадают в операционную только через несколько дней после их поступления. Технические усовершенствования, все более распространяющаяся работа хирургических бригад и большое число операций — все это ведет к формированию атмосферы безличности. А потому вполне правомочны все более частые требования изменить этот безликий автоматический подход.

Недостаток времени и множество операций мешают формированию нужных контактов между хирургом и больным. А ведь больные именно хирурга считают всемогущим исцелителем. Методы хирургического лечения не требуют от больных особой активности, поведение хирургических больных более пассивно, чем в других областях медицины. Активность же самих хирургов значительно больше, чем врачей какой бы то ни было иной специальности.

В операционной их авторитет еще более возрастает. В результате кратковременности контакта с больным, затрудненности такого контакта или полного его отсутствия возможность установления доверительных отношений с больным у хирурга сведена к минимуму.

Хирургия в представлении большинства людей связана с резанием, нанесением раны, удалением части какого-либо органа, а то и целых органов.

Само вмешательство затрагивает мир чувств и впечатлений больного, его представлений о собственном теле, которое сложилось у больного и которое можно назвать «схемой представления о своем теле». Психическое равновесие после операции наряду со множеством других факторов зависит от того, насколько нарушена эта схема представлений и насколько личность способна принять, реинтегрировать новое положение вещей и последствия операции (например, после ампутации конечности). Так называемый «здоровый» человек тоже по-разному относится к операции. Возможно, что врачи давно установили, что он нуждается в операции (например, нужно бы удалить грыжу), но он все оттягивает срок вмешательства. Быть может, он делает это просто по привычке или из-за связанных с вмешательством неудобств, но нередко его удерживают страх, беспокойство, неприятные личные впечатления, серьезные потрясения, постигшие семью. Часто встречаемся мы и с отрицанием самого факта болезни.

Операция не является пустяком и для психически здорового человека. Одни воспринимают ее трагически, отдаваясь в руки судьбы. Нередка, особенно при тяжелых заболеваниях (например, при отдельных формах рака), мысль о том, почему именно я заболел так тяжело, не есть ли это наказание за какие-либо провинности и грехи.

Беспокойство, озабоченность могут быть связаны с последствиями операции, например с потерей отдельных органов (полной экстирпацией матки, удалением грудной железы и пр.). Естественно, нельзя не учитывать и реальных трудностей, связанных с дальнейшей жизнью больного.

Например, вполне вероятно, что спортсмен или актриса после операции не смогут продолжать свою обычную работу. Различные исследования и статистические данные обращают внимание на большое число психически больных людей, с которыми приходится встречаться в хирургических отделениях.

Взаимосвязь психических нарушений и хирургических заболеваний

Согласно некоторым данным, 10% всех хирургических больных (по данным

отдельных врачей — даже 86%) психически нездоровы. Поэтому особенно тщательных наблюдений требует личность больных, приходящих на прием к хирургу, следует помнить и о возможной патологической мотивации, патологической направленности личности на операцию. Известны, например, невротики, которые стремятся разрешить свои проблемы именно путем операции.

Нередко истерические больные, если, по их мнению, симптомы их заболевания «недооцениваются», операцией на органах брюшной полости или удалением зоба доказывают, насколько они больны. Сколько истеричных женщин попадают под наблюдение гинеколога или хирурга по поводу симптомов острого живота! Скольким насмерть перепуганным мужьям приходилось в таких случаях стоять у постели «смертельно больных» жен! Нередко битвы между свекровью и невесткой кончаются тем, что последняя попадает на операционный стол, семья в отчаянии, а у свекрови просыпается наконец сознание тяжкой вины.

Отношение психически больных к операции

Особенно часто встречаться с такими симптомами приходится при истерии, когда больные утверждают, что на них «все испробовали, но ничего не помогло», и в конце концов выбирают названный метод оперативного вмешательства. Те операции, которые проводятся в таких случаях, мы назвали бы индуцированными: невротики и истерики с globus hystericus рано или поздно вынуждают врачей к проведению тонзиллэктомии или струмэктомии, а больные с конверсиями в области живота — к вмешательствам на органах брюшной полости. Они до тех пор ходят от врача к врачу, пока не найдут наконец такого хирурга, который согласился бы их прооперировать. Иногда складывается драматическая ситуация: в два часа ночи «Скорая помощь» доставляет больного, и при симптомах острого живота проводится аппендэктомия.

Статистические данные подтверждают, что у невротиков аппендэктомия проводится чаще, чем у людей со здоровой нервной системой. В психиатрической практике изо дня в день приходится встречаться с такими больными, в анамнезе которых фигурируют операции, явно проведенные без достаточных на то оснований. Диагностические трудности могут вызывать и депрессивные состояния. Различные телесные эквиваленты психических симптомов, вегетативные симптомы (особенно в области живота) могут привести к хирургическому вмешательству. За стремлением к операции может скрываться и патологическая болезненная фантазия. Например, больной-гомосексуалист во время психотерапии признался, что обращался к хирургу с просьбой прооперировать его, «сделать его женщиной», и только тогда он «выздоровеет».

Опасны и такие случаи, когда на операционный стол из-за «невыносимых» болей, вызванных, скажем, хроническим холециститом, попадают наркоманы, которые с радостью переносят тяжелую операцию, лишь бы получить желанную инъекцию наркотика. Операция и сама по себе может способствовать вспышке психоза. Естественно, что хирургу не раз приходится встречаться с психопатами, алкоголиками, параноидными больными, у которых (с учетом особенностей их личности и патологических изменений психики) показания к операции следует выдвигать только после тщательного взвешивания всех pro et contra Особенно это относится к таким больным, которые перенесли очень много операций и у которых возникла своеобразная страсть к оперативным вмешательствам.

Таковы психопаты, тяжелые невротики, которые, как подтвердили наблюдения, подобным путем пытаются спастись от идей самообвинения, от преследующего их сознания тяжкой вины. Некоторые врачи считают таких больных тяжелыми мазохистами. Их называют еще «хирургическими наркоманами», а бесконечные вмешательства, которым они себя подвергают, — «полихирургией». Новейшие сообщения подчеркивают, что эти больные таким путем стремятся освободиться от патологических переживаний,

разрешить свои мучительные проблемы.

Следует сказать несколько слов в защиту душевнобольных, умственно неполноценных людей, попадающих на операционный стол. Все еще распространен взгляд, сторонники которого чуждаются помещения таких больных (хронических шизофреников, олигофренов в степени имбецильности) в открытые отделения. «Как они будут вести себя после операции, смогут ли приспособиться к режиму хирургического отделения?» — всегда возникает множество подобных вопросов.

Часто психиатрам приходится вступать в довольно жесткую полемику, чтобы убедить хирурга провести операцию таким больным в обычном хирургическом отделении. И — о чудо! — обычно не происходит ничего необычного, особенно если к таким больным относится без предвзятости, стремясь понять их. Отрицательное отношение, недоверие, обидные замечания всегда способствуют тому, чтобы оправдались все сомнения, связанные с такими больными, поскольку в нездоровой атмосфере плохо ведет себя даже самый спокойный больной. При хорошей анестезии, совершенной технике вмешательства и соответствующем поведении лечащего персонала обычно и результат будет благоприятным. Комплексная лечебная деятельность в хирургии основывается на контактах между хирургом и больным.

Роль врача в формировании правильного отношения больного к операции

Хирургическим больным приходится бороться с нелегкими превратностями судьбы, переживать немало волнений и конфликтов. Наряду с постановкой диагноза очень важно выслушать больного, оценить его личность. Работа врача и сестры — не лишняя нагрузка, в результате контакта с больными они получают возможность для таких наблюдений, которые оказывают неоценимую помощь, например при возникновении осложнений. Одним из методов создания контакта с больным служит беседа с ним о его болезни, в ходе которой хирург может узнать о том, какие надежды связывает больной с предстоящей операцией, с выздоровлением. Врач в ходе такой беседы должен сообщить больному о реальных возможностях, проинформировать его обо всем необходимом в связи с операцией, тем самым подготавливая столь необходимое сотрудничество. Может возникнуть необходимость отговорить больного от операции, более того, даже запретить ее, как в случае полихирургии, когда больных приходится отправлять к психиатру или психотерапевту.

Важность консилиума специалистов, сотрудничество врачей разных специальностей все более выдвигаются на передний план. В Венгрии есть лечебные заведения, где в хирургическом отделении работает свой психиатр, и его деятельность считают необходимой. Психиатр может оказать неоценимую помощь в деле избежания послеоперационных осложнении, в определении возможных противопоказаний для вмешательства. Необходимость в тщательном отборе, продуманной диагностической селекции больных подчеркивается тем наблюдением, что у 44% хирургических больных с послеоперационными осложнениями наблюдаются психические заболевания. Прежде всего это аномалии поведения и психопатии. Такие больные причиняют много хлопот (И. Харди, 1988 г.). Консультация психиатра необходима в следующих ситуациях: при любых затруднениях с постановкой диагноза и выбором лечения; перед хирургическим вмешательством, заведомо сопровождающимся психической травмой (трансплантация, ампутация, нейрохирургическая операция); для решения вопросов, касающихся вменяемости больного (согласие на операцию), его дееспособности или принудительного лечения (Дж. Флерти, Н. Миллер, 1998 г.).

Предоперационная психологическая подготовка больного

Особо следует остановиться на предоперационной подготовке. Ключевой

проблемой в этом случае является страх больного перед операцией. Определенная боязнь хирургического вмешательства естественна и у больных со здоровой нервной системой. Больной может бояться очень многого: самой операции, связанных с ней страданий, боли, последствий вмешательства, он может опасаться за ее исход. Естественным является и страх перед наркозом, о чем речь пойдет ниже. Об опасениях больного мы узнаем обычно с его собственных слов. Однако они могут проявиться и косвенно, через вегетативные признаки: потливость, дрожание, ускоренная сердечная деятельность, понос, частое мочеиспускание, бессонница и пр. Могут наблюдаться кошмарные сновидения, связанные с операциями, ампутациями и т. п. Такие страхи могут быть перенесены и на личность самого хирурга: больной начинает его бояться («очень уж он строг»).

Больной может внушить эти опасения и своим родным, которые могут впасть в панику и своим беспокойством помешать работе, направленной на излечение больного. Целесообразно выделить два основных типа проявления страха перед операцией: при первом типе все симптомы этого состояния проявляются в самом поведении больного, громко выражаются им. Обычно работа с такими больными не сопряжена с особыми трудностями, поскольку их легко успокоить, если есть хороший контакт с ними и используются должные методы. Гораздо сложнее работать с хладнокровными, рассудительными, дисциплинированными больными, страхи у которых могут проявиться в неожиданной форме: в виде тяжелых вегетативных осложнений (кризов, коллапса, шока) или неожиданных и необычных по форме психопатологических манифестаций.

Страх больного усугубляется средой, в которую он попадает в больнице, оторванностью от семьи, режимом, множеством незнакомых людей (соседей по палате), которые усердно стараются «отвлечь» его. Больные не скупятся на информацию, но перенесшие операцию, как правило, склонны слишком преувеличивать все, что случилось с ними. Конечно, обсуждению подвергается и личность хирурга, больные сообща оценивают обстановку. Они могут крайне неблагоприятно воздействовать друг на друга. Важной темой таких разговоров являются рассказы о том, что наркоз был неудачным и врач «резал по живому».

Причины отказа от операции

Иногда больным приходится идти и на определенные жертвы. Отказ от операции может произойти по многим причинам: его могут вызвать болезненные впечатления, связанные, например, с тем, что один из родственников больного скончался от такого заболевания. Чаще всего отказ от операции происходит на фоне психопатических или тяжелых невротических реакций. Отказ от операции может произойти и из-за отсутствия должного контакта между хирургом и больным (например, у истеричной и очень примитивной больной). Особенно часто отказ от операции приходится наблюдать у пожилых больных. Причиной такого отказа часто являются возрастные изменения психики: «Зачем мне это? И так осталось немного».

Наряду с работой, которую проводят врачи с такими больными в индивидуальном порядке, часто необходима и помощь близких больного (вплоть до юридического согласия на операцию, подписываемого вместо больного). Что можно сделать в борьбе со страхом перед операцией? Некоторые считают, что если на это не обращать внимания, то страха не будет, что при современной лекарственной терапии заниматься этим вопросом не стоит. Опровергать подобные взгляды излишне. Стесненность, трепет и страх — «серые сестры боли» (И. Керн, 1966 г.). Неслучайно отмечено, что для наркотизации спокойного больного требуется гораздо меньшая доза наркотика. Первой стадией подготовки к операции является сбор анамнеза, установление хорошего контакта с больным, способность понять его (И. Харди, 1988 г.).

Значение психиатрического анамнеза в лечении хирургических больных

В истории болезни каждого больного, которому предстоит хирургическая

операция, должен быть отражен психиатрический анамнез: любые случаи обращения к психиатру в прошлом и перенесенное лечение; имевшие место в прошлом галлюцинации, бредовые идеи, симптомы депрессии и тревожных расстройств; пристрастие к алкоголю, употребление наркотиков (в том числе лечение наркотическими анальгетиками); осознанные больным изменения памяти, ориентировки, суждений; психотравмирующие ситуации (недавняя смерть близкого человека, потеря работы и т. п.). Семейный анамнез должен содержать сведения о психическом здоровье ближайших родственников: перенесенные заболевания, случаи госпитализации, лечение, наркомания, алкоголизм, случаи самоубийств. Оценивают уровень социально-трудовой адаптации больного (от повседневной деятельности до выполнения семейных и профессиональных обязанностей).

Описание психического статуса должно включать оценку внешнего вида, поведения и контактности больного, ориентировки (во времени, месте, лицах и собственной личности), памяти (немедленное и отсроченное воспроизведение, память на давние события), уровня интеллекта, внимания и сосредоточенности (метод вычитания из 100 по 7), суждения и абстрактного мышления (способности к обобщению) (Дж. Флерти, Н. Миллер, 1998 г.).

Роль личного контакта врача и больного в успешном лечении

Работая с больным, мы узнаем, что означают для него болезнь и операция. Разъяснительную работу перед операцией всегда нужно проводить очень осмотрительно, в соответствии с особенностями личности больного и его запросами. Если хорошо обоснованное сообщение может оказаться очень полезным, то схематичная бестактная информация очень вредна. В ходе углубленной беседы с больным открывается возможность собрать семейный анамнез, узнать о заболеваниях и возможных хирургических вмешательствах у родственников больного. В ходе такой беседы можно познакомиться с соображениями больного относительно предстоящей операций.

В ходе беседы открывается возможность изменить подобное представление об операции. Личный контакт с больным позволяет обратить внимание на мир чувств больного, на испытываемые им страхи, опасения, на его отношение к предстоящей операции. Внимание к эмоциональным факторам означает дальнейший шаг в психотерапии, связанной с операцией. Некоторые врачи в таких случаях используют различные расслабляющие упражнения, даже гипноз. С техникой современной анестезиологии органически связана медикаментозная подготовка. Несмотря на то, что такая подготовка к операции широко распространена и является чрезвычайно ценным и серьезным подспорьем, она все-таки не заменяет личного контакта с больным, психологической подготовки, так называемой психологической премедикации. Много проблем возникает в связи с анестезиологией. Как уже упоминалось, многие больные боятся наркоза, боятся беспомощности, потери сознания, опасаются удушья, ужасных впечатлений, страшных снов, боятся, что под наркозом будут говорить глупости, выболтают свои секреты, будут вести себя не так как следует. У повторно наркотизируемых больных могут сказаться и прежние впечатления, пережитые страхи. Следует подчеркнуть, что изменение состояния сознания во время наркоза может сделать больных восприимчивыми к психическим вредностям. Хотя восприятие действий и заявлений окружающих во время дачи наркоза не осознается, позднее этот факт может стать источником беспокойства и страхов.

Особенности послеоперационной психологии больного

Проводились исследования относительно того, насколько важно соблюдать осторожность при наркозе. Во время операции произносились слова, которые могли оказать травмирующее воздействие на психику оперируемых. Больные, находившиеся под

наркозом (10 человек), исследовались с помощью метода электроэнцефалографии. У части больных впоследствии с помощью гипноза удалось вынести услышанные слова на поверхность сознания. Было доказано, что отдельные замечания даже в ходе такого глубокого сна могут доходить до сознания и оказывать воздействие на личность больных. Следовательно, и таким путем могут возникнуть психические поражения. Пробуждение после наркоза, возвращение к жизни, к свету производят такое впечатление, словно человек заново рождается. Очень благоприятное воздействие оказывает внимательное отношение медицинской сестры к пробудившемуся больному: выполняя его просьбы, она помогает ему возвратиться в состояние ясного сознания.

При пробуждении необходимы тишина и покой; шум или другие неприятные физические раздражители мешают пробуждению больного. Все это указывает на важность тактичного обращения с наркотизированными больными. Поскольку наркотизированные больные очень чувствительны к различным вредным воздействиям, все произносимые в их присутствии слова приобретают особое значение. Все вышесказанное обосновывает новые требования в отношении деятельности анестезиолога: для его работы недостаточно знаний в области патофизиологии, фармакологии и т. д.; в своей работе он не может обойтись без глубокого знания человека в целом, без непосредственной работы с ним. Если анестезиолог изучил больного, вошел в контакт с ним, то его работа будет значительно результативнее. Истинной цели своей деятельности — снятия боли — он гораздо лучше сможет достигнуть, смягчив страхи и опасения больного.

Психологическое воздействие операции на самочувствие больного

Новейшие наблюдения показывают, что следствием этого является не только сокращение необходимой дозы наркотизирующего средства, но и более легкое утоление болей после операции. Значительная часть операций может оказаться эффективной даже в тех случаях, когда для их проведения не было должных объективных показаний, иначе говоря, когда картина, объективно отмечаемая при вмешательстве, не обосновывает надобности в нем. Многие в таких случаях говорят об операциях «плацебо» (по аналогии с таблетками-пустышками, не содержащими никакого действующего вещества, нейтральными по отношению к болезни, при которой выписываются), то есть о хорошем психологическом воздействии, вызываемом самим фактом проведения хирургического вмешательства. Больные раком после вскрытия брюшной полости, даже если ничего не предпринималось, чувствуют себя значительно лучше.

Подобное воздействие оказывает оперативное вмешательство и у невротиков и психопатов, но только на время. Это понятно: ведь фантазии больных реализуются, их жалобы попытались устранить самым эффективным методом — операцией! При таком псевдолечении временно ослабляются чувство вины, вызванное им беспокойство больных, их страхи и стесненность. Ведь они спасены от «смертельной опасности», побывали в центре внимания, в свете рефлекторов в полном смысле этого слова. Возможна, конечно, и обратная ситуация. Больные предъявляют требования, обвиняя врачей в том, что причиной всех неприятностей была операция и т. п. После операции также нередки психологические и психопатологические проблемы. Операция даже при абсолютно здоровой нервной системе может оказать патологические воздействия. Интенсивное физическое вмешательство, иногда гипокалиемия, гипопротеинемия, обезвоживание, гипонатриемия и пр. могут вызвать адинамию, тяжелую усталость. Больной уходит в себя, занят только собой.

Причины послеоперационных психических расстройств

Возникновению послеоперационных психических расстройств могут способствовать ограничение подвижности, стесненность, поддержание определенного

положения тела, вынужденная тишина и изоляция. При хорошей психологической подготовке больных, установлении хорошего контакта лечение проходит в благоприятной атмосфере, а послеоперационные осложнения психиатрического характера встречаются реже. Особое внимание следует обратить на отдельные формы страхов, стеснение и беспокойство, возникающие после операции. Если перед операцией такие переживания обычны, то их появление после операции должно расцениваться совсем иначе. При этом у больных на 3—4-й день после операции получают выход те напряжения и страхи, которые до тех пор сдерживались. Такие хирургические больные постоянно заняты перенесенной операцией, многократно рассказывают о происшедшем, обсуждают подробности.

Наиболее частые послеоперационные психические расстройства

«Физическое состояние не дает оснований для жалоб» — такие слова часто приходится слышать при задержке мочи, запорах, рвоте после операции. Все эти симптомы также могут являться формами проявления сдерживавшихся ранее страхов, напряжения. Послеоперационные невротические жалобы отмечаются в тех случаях, когда данная ситуация и сама операция затрагивают глубокие эмоциональные нарушения, активируют конфликт. Другим наиболее частым осложнением после операции является депрессия. Уже упоминалось, что возникновению ее может способствовать и объективное состояние больного после операции. Еще одним частым осложнением, особенно у людей преклонного возраста, является послеоперационный делирий. Появляются психомоторное возбуждение, беспокойство, нарушение ориентации, галлюцинации, бредовые идеи. Психотическая реакция может быть и «тихой». Такие больные обычно не беспокоят окружающих, их болезненное состояние отмечается только тогда, когда к ним обращаются.

При развитии делирия непростую проблему представляют и алкоголики. Наряду с применением современных лекарственных средств для таких больных очень важен хороший уход, заботливое отношение, поиск контактов с ними. В послеоперационный период может наблюдаться и вспышка шизофрении, даже если операция была проведена на основе относительно объективных показаний, а не патологических устремлений больного. Для предупреждения психиатрических осложнений необходимо после хирургического вмешательства побеседовать с больным, рассказать ему о результатах операции, попытаться рассеять его страхи, сомнения; всегда полезно знать, чем эти страхи вызваны.

Факторы, влияющие на психическое состояние больных после операции

Практика показывает, что на основе предварительного учета определенных факторов можно получить прогностическую информацию о психическом состоянии больных после операции.

Удручающе действуют, а потому могут быть очень опасными стойкие впечатления, связанные с хирургическими вмешательствами или болезнями (например, смерть одного из членов семьи после операции или трагический исход подобного заболевания). Отсутствие нижеперечисленных факторов весьма неблагоприятно в прогностическом отношении:

I. Хороший контакт врача и больного.

II. Склонность больного к словесному выражению переживаний страха и беспокойства, своих опасений.

III. Хорошие отношения больного с окружающими людьми.

IV. Благоприятные условия жизни, семейная обстановка, на которых не отражается факт проведения больному операции.

V. Способность больного легко приспосабливаться к новой обстановке.

VI. Сильная и зрелая личность больного.

Обобщая, можно сказать, что чем лучше была подготовка к операции и контакт с больным, чем благоприятнее свойства его личности, тем менее вероятно возникновение психиатрических осложнений. С развитием хирургии открылись широкие перспективы в области оперирования больных преклонного возраста. Естественно, что в таких случаях требуется большая осторожность и осмотрительность. Кроме основательного соматического обследования и подготовки к операции, целесообразно учесть и то, что именно психические изменения могут быть первыми симптомами таких расстройств, как недостаточность мозгового кровообращения, начинающиеся процессы размягчения головного мозга, сердечная недостаточность, скрытые поражения печени. И здесь мы встречаемся со множеством психологических проблем.

Послеоперационные психические нарушения у пожилых больных

Так, например, при переломе шейки бедра сама травма вызывает значительное эмоциональное потрясение. У стариков она может привести к нарушениям мозгового кровообращения. В случае операции новое окружение, отрыв от привычной среды, от привычного образа жизни тоже могут повлечь за собой подобные расстройства. У людей преклонного возраста и последствия оперативного вмешательства проблематичны именно из-за затрудненного приспособления к новому, к переменам в привычном образе жизни. Согласно статистическим данным, у 25% больных, оперированных в преклонном возрасте, после хирургического вмешательства наблюдаются различные осложнения. Эти осложнения возникают прежде всего на почве нарушения обмена веществ, токсических воздействий, расстройств кровообращения.

У людей преклонного возраста после операции могут возникнуть депрессивные и параноидные состояния. Многие предлагают проводить после операции профилактическую психотерапию. Таким путем создается почва для хорошего контакта и сотрудничества с больным. Пребывание больных преклонного возраста в больнице должно быть как можно более непродолжительным, родные должны чаще навещать больного. Таких больных следует размещать в небольших палатах, стремиться создавать вокруг них здоровую обстановку. По возможности следует разрешать пожилым больным пользоваться своими личными вещами. Ни в коем случае нельзя лишать их очков, слухового аппарата, отсутствие которых мешает установлению контактов с окружающими.

При необходимости следует назначать психотропные препараты, которые оказывают большую помощь в работе с больными преклонного возраста: например, применение успокаивающих средств до и после операции. Добросовестная работа врачей и сестер, здоровая атмосфера в лечебном учреждении способствуют тому, чтобы к жизни вернулись полноценные люди, а замечательные возможности хирургии проявились во всей их полноте (И. Харди, 1988 г.).

Страх и канцерофобия

Проблему переживаний страха и тревоги в связи с поведением и деятельностью персонала лечебного учреждения мы считаем одной из центральных проблем психологии работы с больными. В норме страх служит цели избежания опасности, являясь защитной реакцией организма.

Например, при виде бешено мчащегося автомобиля человек бросается в сторону, он укрывается от пулеметного огня и т. д. Однако очень часто можно наблюдать случаи, когда чувство страха по своей силе не соответствует вызвавшей его опасности или вообще возникает при отсутствии реальной опасности, как правило, дополнительно

сопровождаясь вегетативной симптоматикой (потоотделение, дрожь и пр.). В таких случаях говорят о страхах, которые возникают в результате болезненных причин; с реальной ситуацией они совсем или почти совсем не связаны.

Типичным примером таких страхов может служить боязнь физически здорового сильного человека заболеть раком желудка. Мотивированные и немотивированные страхи очень трудно различить (есть исследования, которые вообще не считают это нужным). Известно, что пролонгированные состояния страха, возникающего по реальному поводу, могут привести к беспричинным переживаниям страха, как бы к обособлению этих переживаний от реальной причины, их вызвавшей. Важность изучения переживаний страха, возникающих в связи с каким-либо заболеванием, особенно раком, обусловлена частотой встречаемости этих переживаний. Очень важно изучить пути и формы проявления этих переживаний, а также возможности борьбы с ними. Истинная гуманность проявляется именно в том, как мы подходим к человеку, охваченному переживаниями страха.

Проявления страхов больного

Познакомимся с психической и соматической стороной переживаний страха и тревоги. Простейшим методом является беседа с больным, в ходе которой он рассказывает о своих страхах и опасениях. Как правило, большинство заболеваний вызывает страх. Форма его проявлений зависит от особенностей личности. Страх может повлечь за собой озабоченность, взволнованность, возбуждение или, наоборот, внутреннее оцепенение, заторможенность, своеобразный «паралич». Страхи, не связанные с реальным объектом внешней среды, могут сопровождаться различными реакциями, побуждая больного к движению, «спасению», вызывая возбуждение, скачку мыслей, растерянность и даже спутанность сознания. Противоположным феноменом являются состояния оцепенения.

Разновидности страхов

Страхи могут быть поверхностными и глубокими в зависимости от вызвавшей их причины. Они могут возникать по следам свежих потрясений, в результате перенапряженности, глубоких эмоциональных конфликтов, невротических или иных патологических процессов.

Большие затруднения часто связаны с тем, что страхи, кажущиеся поверхностными и неглубокими, в результате простого убеждения, разъяснения не рассеиваются и больной вновь и вновь возвращается к своим переживаниям (вызванным той же или уже совсем другой причиной). Таким образом, выясняется, что кажущиеся поверхностными переживания страха на самом деле являются симптомами более глубоких патологических процессов.

Часто при этом отмечается внутренняя напряженность, что также является составной частью тревожного состояния. Напряжение может перейти на мышцы, при этом усиливается их тонус. Становится неподвижным («мертвым») лицо. Следует обратить внимание и на то воздействие, которое подобные переживания оказывают на состояние личности больного и его мышление. Часто на практике в ходе лечебной деятельности многие не понимают, как разумные люди «могут так себя вести», «почему спрашивают по сто раз на дню об одном и том же».

Дело в том, что переживания страха могут оказывать и общее затормаживающее действие, сужать критическое, логически ясное мышление. В таких случаях больные уже не располагают той свободой мышления и богатством его содержания, которые были для них характерны раньше.

Влияние страхов на личность и поведение больного

Подобное воздействие может быть настолько серьезным, что значительно снижается уровень умственной деятельности, разумные люди начинают «глупо» себя вести, с трудом поддаются уговорам, а в самых тяжелых случаях можно наблюдать и псевдодеменцию. Переживания страха и тревоги влияют и на эмоциональную жизнь, вызывая подавленность, депрессию. С другой стороны, и депрессивные состояния часто сопровождаются переживаниями страха и тревоги. Сильные переживания страха отражаются на личности больного в целом, в том числе и на умственной деятельности, возникают более примитивные проявления личности, более примитивные реакции, чем они были характерны для данной личности до того. Такие изменения личности принято обозначать как ее регрессию.

Это позволяет понять часто наблюдаемое в ходе заболевания поведение взрослых людей, скорее свойственное детям: плаксивость, вечные жалобы, нытье. Могут наблюдаться агрессивность, требовательность, придирчивость, часто в самых грубых формах. Общая неуверенность, чувство беспомощности, различной силы переживания страха и тревоги ведут к особому душевному состоянию (даже при отсутствии какого бы то ни было психического заболевания). Больные, страдающие переживаниями страха и тревоги, часто видят ужасы там, где их вовсе нет, болезненно реагируют на самые безобидные слова, часто придавая им прямо-таки гибельное для себя значение. Переживания страха и тревоги могут быть эпизодическими, бесследно исчезающими, но могут явиться и началом длительных невротических или психических заболеваний.

Защитные реакции больного при фобиях

Больной может защищаться от таких переживаний различными формами гиперактивности, начиная от усиления умственной деятельности (усиленной работы мышления, например чтения множества специальной литературы) до самых различных форм внешней деятельности (беготни от одного врача к другому, приема множества лекарств и пр.). Нередко в таких случаях больные ищут спасения в алкоголе, становятся наркоманами в результате чрезмерного приема лекарств. Переживания страха и тревоги могут завести больного в мир мистики и суеверий. Не раз приходилось наблюдать больных, которые наделяют врачей чудодейственной силой.

Реальное доверие к лечащему врачу перерастает в слепую веру, лишенную всякой критики. В различных исследованиях по психотерапии и медицинской психологии очень часто пишут о стремлении опереться на какой-либо авторитет.

Это психологически понятно, поскольку данное явление имеет очень важное практическое значение. Поиск опоры — инстинктивная потребность человека с древнейших времен, ею обладают даже грудные дети. Этот инстинкт — также одна из форм проявлений страха, но в то же время и защитная реакция. Его не утрачивает и взрослый человек. В различных ситуациях (при напряжении, потрясениях, сильных страхах) этот инстинкт выступает на первый план.

Переживания страха могут иметь и соматические проявления (обеспокоенное выражение лица, тревожный, блуждающий взгляд, неразборчивая, бессвязная и беспокойная речь; больные говорят очень быстро, тараторят).

Вегетативные нарушения при страхе

Однако самыми значительными являются сопутствующие переживаниям страха вегетативные проявления: повышенная потливость (прежде всего — ладоней, подмышек, ступней, лба), расширение зрачков, дрожание рук, а иногда и всего тела, усиление сердечной деятельности, учащение пульса. Больной бледен, сосуды кожи сужаются, кровоснабжение сердца, легких и мышц повышается. Печень транспортирует в кровь большое количество сахара, необходимое для мышечной деятельности. Повышается и

мышечный тонус (часто это проявляется в ощущении напряжения мышц), иногда происходит спазм мочевого пузыря и кишок, чем и объясняется их внезапное опорожнение (внезапная дефекация или мочеиспускание при страхе).

Переживания страха не всегда постоянны, они проявляются приступами. Гораздо труднее распознать патогенез вегетативных и соматических симптомов, сопровождающих эти переживания, если они появляются самостоятельно. В таких случаях обнаруживаются обычно только вегетативные симптомы, такие, как приступообразная потливость, дрожание; переживания же самого страха внешне никак не проявляются. Более длительные переживания страха могут вызывать изменения деятельности всего организма в целом. Сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии — таковы формы его воздействия на сердечную деятельность. Могут возникнуть чувство сдавления в грудной клетке, удушье, боли в животе, кишечные спазмы, метеоризм, понос, расстройство мочеиспускания, мышечные подергивания, дрожание.

Классификация переживаний страха и тревоги

Переживания страха и тревоги могут быть классифицированы на основе их продолжительности на острые и хронические. Острые переживания страха вызываются конкретными чрезмерными перегрузками организма, например заболеванием (в этих случаях речь обычно идет о временных явлениях). С хроническими формами проявления страхов можно встретиться при длительных, глубоко укоренившихся в личности больного невротических изменениях, наступивших в результате воздействий в раннем детском возрасте, пережитых потрясений. Очень важной формой являются витальные страхи, источником которых служит само тело больного.

Современные исследователи приводят наблюдения о важности соматических, нейрофизиологических, химических, гормональных факторов, связанных с переживаниями страха. Придается особое значение затылочной доле, промежуточному мозгу и лимбической системе. Мучительное беспокойство и страх принимают выраженную форму в случае фобий. Беспричинные переживания страха и беспокойства могут быть и свойством характера человека. Обычно такие люди стеснительны, боязливы, тихи, это «неудачники» больничных палат: им вечно достаются дырявые рубашки, плохие кровати, под ними ломаются стулья, они постоянно проливают пищу, часто прекращают лечение по неизвестной врачу причине (например, больной стесняется сказать врачу, что невеста собирается разорвать помолвку в его отсутствие). Своей скрупулезностью, бесконечной обеспокоенностью и вопросами они привлекают к себе внимание людей, будь то соседи по палате, коллеги по работе и пр. У таких невротиков страхи могут иметь различные формы проявления.

Психические нарушения при длительно существующих страхах

Защитные реакции измененной личности сложным образом переплетаются с хроническими страхами, закрепившимися в поведении больного: он становится неуверенным, раздражительным, лабильным, трудно устанавливает контакты с людьми. Такие больные могут стать очень недоверчивыми, неспособными к контакту с лечащим персоналом. Обычно они жалуются на то, что «ими никто не занимается», часто не соблюдают больничного распорядка, с ними очень трудно работать. Очень важно остановиться на проблеме часто наблюдающейся в повседневной жизни ипохондрии. Такие больные без всякой причины и логических оснований (или при малейшем на то основании) предполагают наличие у них различных онкологических заболеваний, вынуждены заниматься ими.

Ипохондрики отворачиваются от окружающего мира, замыкаются в себе, вся их жизнь оказывается сосредоточенной на болезни, они постоянно наблюдают за работой больного органа. Такие больные посвящают своему заболеванию всю жизнь, все свое

время, постоянно измеряя кровяное давление, считая пульс, бесконечно повторяя различные исследования: рентгенологические, эндоскопические, лабораторные. Постоянная настороженность, наблюдение за деятельностью желудочно-кишечного тракта могут вызвать незначительные функциональные изменения, например запоры или диарею. Больной с обостренной чувствительностью преувеличивает эти изменения, считая их доказательством тяжелого заболевания.

На все попытки разубедить его готов ответ: «Отчего же тогда болит живот? Почему мне ничто не помогает?» При этом, если и есть какие-то основания для беспокойства, они ни в коем случае не соответствуют степени опасений.

Страхи тем сильнее, чем более страшное заболевание предполагается. Своеобразна не только интенсивность изменений, происходящих с больным (уход в себя, постоянное наблюдение за собой, предполагаемыми изменениями), но и их формы. Например, боящиеся опухоли мозга постоянно «экзаменуют» себя, проверяют, способны ли они выполнять определенные умственные задания (чаще всего это депрессивные больные). И, если вдруг что-то не удается, что-то не приходит на ум, они тотчас впадают в отчаяние от того, что уже не способны мыслить. Панический ужас усугубляет их состояние, мешает нормальному ходу мыслей, усиливает страхи. И, если спустя какое-то время в памяти неожиданно всплывает то, что вызвало такое «расстройство», больные все равно успокаиваются лишь на короткое время: «И как мне тогда это не пришло в голову?»

Ипохондрия

Ипохондрия — понятие собирательное. Она может возникать в форме преходящей ипохондрической реакции при органических заболеваниях, сильных потрясениях (например, при смерти, соседа по палате от рака желудка, что является потрясением для больного, страдающего язвенной болезнью). Так, известна «однодневная ипохондрия», которая может возникнуть в результате радио- или телепередачи, общеобразовательной лекции по раку или чтения книги, вызывающей беспокойство и страхи такого рода.

Известна ипохондрия студентов-медиков, которые на короткое время «заболевают» именно той болезнью, которую в данный момент времени изучают.

Ипохондрическое состояние может иметь и невротическую этиологию. Ипохондрические жалобы в таких случаях являются центральными симптомами.

Невроз у чрезвычайно чувствительной личности может развиться в этом направлении в результате сильных и неожиданных потрясений, перегрузок. В этой связи очень важно поведение персонала, поскольку для вспышки ипохондрии достаточно случайно оброненного незнакомого слова, замечания. Ятрогенные (от греч. iatros — врач) или сроригенные (от лат. soror — сестра), психические вредности играют важную роль в возникновении таких заболеваний.

Ипохондрия часто отмечается при депрессиях, шизофрении и других расстройствах психики с раздвоением сознания, а также при параноидных заболеваниях. Особенно много хлопот причиняют параноидные больные, агрессивно настроенные жалобщики.

Виды ипохондрии

Ипохондрия может возникнуть в результате реального органического заболевания, например на фоне различных атрофий головного мозга. На основе характера патологических проявлений ипохондрии можно выделить три вида ипохондрий.

I. Первый вид — это ипохондрия, «связанная с жизнью», когда больной постоянно трепещет за свое здоровье, свою жизнь, охвачен страхом смерти: боится кровоизлияния в мозг, рака горла, удушья и пр. Ипохондрическая установка может касаться одного органа, например деятельности желудка. Но направленность жалоб может

меняться изо дня в день: сегодня больной боится перфорации желудка, а завтра — уже смерти от рака желудка. Если больного удается убедить в необоснованности его жалоб, он тотчас же находит другой предмет, на который может направить свои страхи.

II. Второй вид ипохондрии — это ипохондрия, связанная со здоровьем вообще. Здесь можно встретиться с боязнью самых различных заболеваний. Но наиболее частой среди них является, пожалуй, канцерофобия, которая имеет множество вариаций. Больные боятся рака мозга, желудка, прямой кишки, легких, матки и пр. Они по нескольку раз обследуются в разных лечебных учреждениях, но даже отрицательные анализы их не успокаивают. Для них боли в животе — непременный признак рака матки, стеснение в груди — рака легких, а головная боль или чувство давления в голове — симптом опухоли мозга.

Часто больные не смеют признаться в своих страхах, и узнать о боязни заболеть раком в таких случаях удается только в результате тщательных наблюдений, хорошего контакта с больными или путем косвенных выводов.

Неопределенные соматические жалобы, например на боли в животе, могут быть проявлением таких страхов. Один больной, боявшийся рака прямой кишки, шесть раз подвергал себя ректоскопии. Канцерофобия у него была спровоцирована подобной болезнью друга, от которой он умер. Такие наблюдения имеются и при синдроме раздраженной толстой кишки. В отдельных случаях явления ипохондрического развития квалифицируются в рамках психопатоподобной симптоматики при вялотекущей шизофрении. При этом признаки эндогенного заболевания обнаруживаются не в дебюте синдрома раздраженной толстой кишки, а на более поздних этапах (через 2—3 года), уже на фоне стойких функциональных нарушений толстой кишки, и определяются симптоматикой паранойяльного ипохондрического бреда.

Содержательный комплекс сверхценной ипохондрии расширяется за счет присоединения идей наличия угрожающего жизни заболевания, преимущественно злокачественного новообразования. Нарастающая настороженность в отношении возможного онкологического заболевания сочетается с упорным стремлением к повторным и дополнительным обследованиям. Ипохондрические бредовые идеи малосистематизированы, формируются в тесной связи с функциональными нарушениями толстого кишечника и патологическими телесными сенсациями (алгиями, сенестоалгиями абдоминальной локализации), актуализируются, как правило, на фоне преходящих обострений абдоминалгий или нарушений стула, связанных с погрешностями в диете, часто связаны с изменениями стереотипа приема лекарственных средств или возникают в рамках аутохтонных экзацербаций.

При этом выявляется склонность к интерпретации функциональных расстройств ЖКТ и болевых ощущений как симптомов раковой опухоли (пациенты предполагают, что запоры являются признаком кишечной непроходимости, незначительное снижение веса — проявлением раковой кахексии). При заболевании язвенной болезнью канцерофобия может сочетаться со стенофобией — боязнью принимать пищу из-за ожидаемых болей. В других случаях наряду с личными впечатлениями на мысль о раке больного наводят различные конфликты, невыносимые жизненные ситуации.

III. Третий вид ипохондрии — это патологический страх за свою красоту: больные боятся, что подурнеют, боятся разных телесных деформаций, уродств. Предметом опасений чаще всего являются нос, волосы, зубы, вес тела. Отсюда возникает множество проблем косметической хирургии (И. Харди, 1988 г.). Нервная анорексия — патология лиц юношеского возраста, связанная с чрезмерным стремлением к похуданию. Она сочетается, как правило, с дисморфоманией — убежденностью в излишней полноте.

Особенности лечения больных ипохондрией

Первая помощь лечащего врача в преодолении страха и тревоги должна быть

оказана в виде рациональной психотерапии, включающей подробное объяснение природы соматического заболевания, значения тех или иных симптомов, обоснованности назначенного больному лечения и его возможного результата. Особенно хотелось бы подчеркнуть важность доступного для понимания больного действия назначаемых ему лекарственных препаратов (Жариков М. Н., 2001 г.). Большое значение в деле рассеивания страхов больного имеет соответствующая его подготовка, особенно подготовка перед операцией, а также в других ситуациях, связанных с болезнью. Многие исследователи говорят об «эмоциональной инокуляции», «эмоциональной прививке», что указывает на влияние соответствующей подготовки не только на сознание, но и на эмоции, чувства больного.

Подготавливать больного к предстоящим нагрузкам, трудным ситуациям, субъективным и объективным испытаниям, связанным с операцией, нужно для того, чтобы больные, мобилизовав все силы, могли соразмерно возможностям сотрудничать с врачом. Больной и эмоционально должен быть готов к тому, что ждет его на пути лечения. Лучшим средством борьбы против переживаний страха и тревоги является их профилактика. Целям ее служит здоровая атмосфера лечебного учреждения, хороший контакт с больным, глубокое изучение его личности. Этому способствует также и правильная информация о внутреннем распорядке, правилах и требованиях лечебного учреждения. Хорошо, если больной может сразу же получить соответствующее представление о своем заболевании и своей судьбе.

Если переживаниями страха сопровождается не только заболевание, но и связанные с ним исследования, необходимо проведение бесед с больными, чтобы рассеять эти переживания в самом начале, предотвратить появление стойких переживаний страха и, возможно, ипохондрических жалоб. Переживания страха препятствуют результативному лечению больного. Успех терапии бывает более ощутимым, если на пути лечения нет психических препятствий, которые часто сводят на нет физическое выздоровление. При необходимости следует провести беседу с больными, чтобы они лучше поняли цели лечения, интенсивнее сотрудничали с врачом и лучше переносили возможные неприятные побочные действия лекарственных средств (И. Харди, 1988 г.).

Болевой синдром

Значение болевой чувствительности в жизнедеятельности организма

Трудно переоценить значение боли для адаптации организма к постоянно меняющимся условиям внешней и внутренней среды. В широком смысле боль является предупреждающим сигналом и ограждает нас от наносящих вред воздействий, а также предупреждает о нарушениях, возникающих внутри самого организма, и открывает путь к распознаванию и лечению многих заболеваний.

Нечувствительный к боли человек полностью беззащитен, так как не способен выработать правильную стратегию поведения и избегать последующих столкновений с окружающей средой: ожогов, порезов и др. У такого пациента чрезвычайно трудно распознать наличие какого-либо острого заболевания, требующего немедленного врачебного вмешательства: например, отсутствие боли при воспалении червеобразного отростка может привести к перитониту, безболевой инфаркт миокарда — к тяжелым осложнениям, угрожающим жизни пациента. В то же время большинство врачей сталкиваются с проблемой купирования болевого синдрома при зубной боли, головных болях, боли в спине, альгоменорее и т. д.

Сущность болевого синдрома

Боль — понятие клинически и патогенетически очень сложное. В организме

имеется мощная ноцицептивная система, постоянно воспринимающая и анализирующая боль, а также антиноцицептивная система, контролирующая уровень болевых ощущений. Именно взаимодействие этих двух систем и определяет в конечном счете восприятие боли. На любое болевое раздражение организм отвечает мгновенной реакцией, реализующейся на уровне спинного мозга. Однако ощущение боли всегда имеет эмоциональную окраску, изменяет поведение, что связно с участием ряда церебральных систем ствола мозга, таламуса, лимбико-ретикулярного комплекса, коры больших полушарий. Болевое ощущение не всегда формируется при наличии афферентного болевого раздражения с периферии, оно может возникать и в самих церебральных системах, например центральные, или таламические, боли.

Психическая сторона боли

Немотивированный страх, тревога и боль — близнецы. Простое переживание боли часто вызывает неясные страхи и беспокойство и по механизму обратной связи усиливает эту боль. Начинающиеся физические мучения для больных могут означать начало какой-то неведомой опасности. Возникает множество устрашающих вопросов: «Что это? Отчего это? До каких пор это будет продолжаться?» и т. п.

Страхи и беспокойство и сами по себе могут вызывать боль, особенно тогда, когда человек уже ожидает ее. Такие антиципированные боли можно наблюдать в связи с зубоврачебными или хирургическими вмешательствами: еще ничего не случилось, а больной уже чувствует боль. С другой стороны, физические симптомы, сопровождающие мышечные спазмы, также могут вызывать боль.

Невроз Вернике

Невроз Вернике сопровождается исключительно болезненными спазмами. Согласно мнению отдельных исследователей, болеутоляющее воздействие гипноза и эффекта плацебо основано, прежде всего, на исключении фактора страха. Актуальная ситуация, конкретные обстоятельства могут изменить ощущения боли. Например, во время войны солдаты легче переносили даже очень тяжелые ранения, в то время как гражданское население ощущало невыносимыми значительно менее выраженные переживания. Причина этого, очевидно, кроется в установках личности в определенных обстоятельствах: солдат получает ранение в обстановке смертельной опасности, угрозы для самой жизни, когда он находится в невероятном напряжении. Отдельные исследователи считают, что при ранении может придавать силы и мысль о том, что таким путем можно освободиться от пребывания на фронте. Для гражданского же населения ранение означает лишь некую «бесцельную» опасность.

Значение боли в человеческих отношениях

Боль играет важную роль и в человеческих отношениях. Прежде всего это находит выражение в просьбе о помощи. Древней моделью может служить связь между матерью и ребенком: боль беззащитного ребенка видит, вернее чувствует, мать. Она обращает внимание на его плач и оказывает ему помощь. Наряду с объективной помощью она пытается помочь ребенку и лаской, которая его успокаивает. Следовательно, путь утоления боли можно представить схематически так: боль — плач — успокоение — ослабление боли. В этой связи следует упомянуть и об отношении боли к стремлению найти опору. Древним человеческим инстинктом является стремление при опасности найти опору. Таким сильным раздражителем, сигнализирующим об опасности, и является боль. Известна и связь боли с грехом, преступлением и наказанием. Легенда об изгнании Адама и Евы из рая — яркий пример этой связи: за совершенный грех нужно расплачиваться болезненными родами и страданиями.

Восприятие болевого синдрома

Часто приходится слышать от больных вопрос: «Чем же я такое заслужила?» Часто они сами воспринимают боль как наказание, причем таким путем надеются искупить вину, а потому более терпеливо переносят боль. Боль может сопровождаться и агрессивностью. Дети быстро учатся тому, что с помощью боли или только возможности ее возникновения можно навязать взрослым свою волю, терроризировать их. Боль может быть связана и с сексуальностью. У некоторых людей при завершении полового акта возникает боль. Есть лица, которые с удовольствием переносят ее или охотно причиняют боль половому партнеру. В поведении, связанном с болью, определенная роль принадлежит и социокультурным факторам.

Внешнее проявление боли

Формы выражения боли человеком складываются на основе общественных моделей; от них зависит, плачет ли человек, стонет ли, кричит от боли или, стиснув зубы, без слов терпит страдания. Есть наблюдения, что у примитивных народов чувствительность к боли значительно ниже, чем у представителей более культурных наций. Боль нарушает единство человеческого организма, она отделяет часть, орган, причиняющий боль, делает его как бы автономным. Благодаря этому мы знаем, что у нас есть руки, ноги, уши и т. д. Пока мы здоровы, наш организм функционирует как единое целое (например, при ходьбе мы не думаем, что пользуемся для этого ногами, но только до тех пор, пока ноги не заболят).

Мы живо осознаем, что у нас есть руки, ноги, внутренние органы, только когда они начинают болеть. Кроме индивидуальных переживаний, в том, как мы переносим боль, играют роль и наши знания, культурный уровень. Обыденную головную боль люди обычно переносят сравнительно легко, а новая боль всегда вызывает большое беспокойство. Интересна и наблюдаемая в связи с этим переоценка. Так, например, боль, начавшаяся с левого плечевого сустава, или боль в левой кисти, пальцах не вызывают особого страха и тревоги, но, как только у нас возникает мысль о том, что причиной боли может быть заболевание сердца, нас тотчас же охватывает сильнейшее беспокойство, что вполне естественно.

Все связанные с болью переживания можно обобщить следующим образом:

- ощущение боли;
- другие психические факторы: эмоциональные и аффективные элементы (например, страх, беспокойство, усиливающееся действие боли, депрессия и пр.); значение внимания (его отвлечения); важность воспоминаний, знаний (личные впечатления от операции, перенесенной нами или нашими близкими; роль предварительной информации); роль конкретной ситуации (например, солдаты на войне);
- социокультурные взаимосвязи (роль общественных моделей).

Дифференциация психогенных и органических болей

Резкая дифференциация органических и психогенных болей, противопоставление «настоящих болей» и «псевдоболей» неправильны, это было бы чрезмерным упрощением. После всего сказанного выше становится очевидным, что и органическая боль тесно связана с личностью и ее особенностями. Так, лучше можно понять, например, что при острых заболеваниях болеутоляющие препараты действуют быстрее и эффективнее, чем при длительных болях в ходе хронических заболеваний. При хронических заболеваниях боль может стабилизироваться и в результате более глубоких изменений личности, связанных с болезнью. Известен и факт активации органических болей под влиянием психических факторов. Многие послеоперационные боли возникают на эмоциональной почве.

Не раз описывалось, что сотрясение головного мозга, возникшее на фоне участия эмоциональных, психических факторов, сопряжено с более тяжелыми последствиями, чем случившееся в относительно нейтральной для личности обстановке. Например, если женщину изобьет ревнивый муж-пьяница, то она обычно заболевает тяжелее, чем любящий свою работу человек, когда ему на голову падает ящик и он таким образом получает сотрясение головного мозга (мы рассматриваем эту зависимость в целом, исходя из статистически усредненных обычных случаев, и не учитываем тех более тяжелых изменений и местных симптомов, которыми, конечно, тоже могут сопровождаться черепно-мозговые травмы).

Психогенные боли

О психогенной боли мы говорим в том случае, если источником этой боли являются прежде всего факторы личности, ее особенности. Обратимся к родному языку: когда мы говорим, что у нас что-то болит, то это относится прежде всего к органической боли, но может относиться и к боли психогенной. О психогенной боли можно с уверенностью говорить только после тщательного психологического ее анализа. Исключения органической причины боли самого по себе еще недостаточно. Для подтверждения психогенного характера боли необходимы соответствующие данные, которые могут быть понятны и правильно истолкованы только на основе знания истории всей жизни пациента. Часто необходима очень сложная аналитическая работа, поскольку больные обычно охотнее принимают в качестве причины, объясняющей боли, даже малейшие органические изменения, чем факторы психогенного характера. В возникновении болевого синдрома часто играет роль боль, сохраняющаяся после перенесенного острого заболевания, а также влияния центральной и периферической нервной системы. Впечатления и переживания, связанные с болью, могут появиться уже в раннем детстве (моделью могут служить сны и слуховые галлюцинации). Такие «воспоминания» могут откладываться в подсознании и оживляться при соответствующих условиях.

Причины психогенных болей

Боли, исходящие из центра, могут проецироваться на периферию, где посредством их могут воплощаться различные символические страхи, фантазии. В случае страхов и беспокойства болевые импульсы могут исходить и с периферии. Сильные аффекты (например, страх, тревога, гнев) на периферии могут вызвать мышечные и сосудистые спазмы. И если такие аффекты достаточно сильны, то путем раздражения нервных окончаний, воспринимающих ощущение боли, они могут вызывать соответствующие жалобы. Следует остановиться на различных психогенных причинах болей, в том числе и на личностных факторах. Такими больными являются мазохисты, которые испытывают сильное чувство вины, склонность к самоуничижению и депрессии. В анамнезе заболевания у них часто фигурируют аварии, травмы, операции. Их детство и семейное положение свидетельствуют о весьма значительной роли наказаний, агрессивности, насилия в их жизни.

Боль занимает важное место в их духовной жизни. Думается, что к этой группе следует отнести и фантомные боли. После ампутации конечности больной ощущает в ней боль. Такие жалобы в течение первого года после операции отмечаются у 100% оперированных, если ампутировалась конечность, и у 50% — если была ампутирована молочная железа. Но спустя год после ампутации конечности жалобы остаются только у 61% оперированных, сильные же боли — у 30%. Раньше велись дискуссии о происхождении этих болей: имеют ли они периферический генез (происходят из нервной культи ампутированной конечности) или же вызваны каким-либо центральным механизмом, органическим или психическим. Сейчас же обсуждается только характер центрального фактора (органический или психический).

Факт утраты конечности считают особым случаем утраты: больной не в состоянии смириться с действительностью, не может принять к сведению факт потери конечности. Он живет и дальше так, словно она у него цела, более того, даже ощущает, что она растет и т. п. Существует такое объяснение фантомных болей, согласно которому они являются выражением «траура» по утраченной части тела. Другой взгляд отмечает своеобразную двойственность: боль по утраченной конечности одновременно является и выражением отрицания факта этой потери. Ведь болеть может только то, что есть. Чтобы избежать таких жалоб, нужна поддержка больного, соответствующие психотерапевтические занятия с ним. Может помочь и то, что депрессивным симптомам «траурной реакции» будет дан выход, они получат выражение.

Психогенные аспекты болей при различных психических заболеваниях

Ниже мы излагаем психогенные аспекты болей при различных психиатрических заболеваниях. У людей с чрезмерной чувствительностью отмечается склонность к появлению болей, вегетативная лабильность. Они резко реагируют на любую боль. Если мы пытаемся улучшить их состояние, как правило, возникает необходимость в изменении настроя всей личности в целом. Страдающие ипохондрией усиленно реагируют на малейшие боли. Вследствие разнообразия ипохондрических проявлений здесь можно встретиться с различными формами. Что касается страдающих истерией и сутяг, то у них трудно лечить боли, потому что с ними связаны корыстные цели, например стремление получить инвалидность. Депрессивные больные, направляемые в больницу, в 50% случаев страдают хроническими болями. В то же время хронический болевой синдром чаще всего сопровождается депрессией, которая отмечается, прежде всего, при хронических головных, лицевых и абдоминальных болях. Боли депрессивного характера сегодня, когда медицина располагает прекрасными средствами, способствующими улучшению настроения больных, в большинстве случаев успешно утоляются, существенное значение имеет также распознавание депрессивного фона этих жалоб или скрытой депрессии (И. Харди, 1988 г.).

Абдоминальный болевой синдром

Болевой синдром является одним из наиболее частых и важных симптомов клинической гастроэнтерологии. Биологический смысл боли, по словам И. П. Павлова, состоит «в отбрасывании всего, что угрожает жизненному процессу». Как известно, при заболеваниях органов брюшной полости (и, прежде всего, системы пищеварения) болевые ощущения возникают вследствие таких причин, как спазм гладкой мускулатуры полых органов и выводных протоков желез, растяжения стенок полых органов и натяжения их связочного аппарата, застоя в системе нижней полой и воротной вены, ишемических нарушений в сосудах органов брюшной полости, тромбозов и эмболий мезентериальных сосудов, морфологических повреждений, пенетраций, перфораций. Нередко может наблюдаться сочетание указанных признаков. Абдоминальный болевой синдром является ведущим в клинике большинства заболеваний органов пищеварения.

Механизмы восприятия боли

Боль — это спонтанное субъективное ощущение, возникающее вследствие поступления в центральную нервную систему патологических импульсов с периферии (в отличие от болезненности, которая определяется при обследовании, например при пальпации). Боль является наиболее важным признаком, который сигнализирует о действии фактора, повреждающего ткани организма. Именно боль, лишая человека покоя, приводит его к врачу. Правильное лечение больных с очевидным ограниченным

процессом (например, переломом кости) в большинстве случаев облегчает боль. У многих пациентов болевой синдром требует, тем не менее, тщательного исследования и оценки, прежде чем будет выяснена его причина и определен подход к лечению. У некоторых больных причину боли установить не удается.

Тип боли, ее характер не всегда зависят от интенсивности инициальных стимулов. Органы брюшной полости обычно нечувствительны ко многим патологическим стимулам, которые при воздействии на кожу вызывают сильную боль. Разрыв, разрез или раздавливание внутренних органов не сопровождаются заметными ощущениями. В то же время растяжение и напряжение стенки полого органа раздражают болевые рецепторы. Так, натяжение брюшины опухолью, растяжение полого органа (например, желчная колика) или чрезмерное сокращение мышц вызывают абдоминальные боли. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости (пищевод, желудок, кишечник, желчный пузырь, желчные и панкреатические протоки) локализуются в мышечной оболочке их стенок.

Аналогичные рецепторы имеются в капсуле паренхиматозных органов, таких, как печень, почки, селезенка, и их растяжение также сопровождается болью. Брыжейка и париетальная брюшина чувствительны к болевым стимулам, в то время как висцеральная брюшина и большой сальник лишены болевой чувствительности.

Классификация абдоминального болевого синдрома

Клинически выделяют два вида боли: острую и хроническую. Это подразделение чрезвычайно важно для понимания самого феномена боли. Острая и хроническая боль имеют разные физиологический смысл и клинические проявления, в их основе лежат различные патофизиологические механизмы, а для их купирования используются различные фармакологические и нефармакологические методы лечения.

Лечение боли врач может начинать только после того, как станет ясно, какая боль у пациента — острая или хроническая. Абдоминальные боли подразделяются на острые, которые развиваются, как правило, быстро или, реже, постепенно и имеют небольшую продолжительность (минуты, редко несколько часов), а также хронические, для которых характерно постепенное нарастание. Эти боли сохраняются или рецидивируют на протяжении недель и месяцев.

Острая боль

Острая боль характеризуется, как правило, кратковременностью, сочетанием с гиперактивностью симпатической нервной системы (бледность или покраснение лица, потоотделение, расширение зрачков, тахикардия, повышение артериального давления, одышка и др.), а также эмоциональными реакциями (агрессивность или тревога).

Развитие острой боли непосредственно связано с повреждением поверхностных или глубоких тканей. Длительность острой боли определяется временем действия повреждающего фактора. Таким образом, острая боль является сенсорной реакцией с последующим включением эмоционально-мотивационных, вегетативно-эндокринных, поведенческих факторов, возникающих при нарушениях целостности организма. Острые боли чаще всего носят локальный характер, хотя интенсивность и особенности болевых ощущений даже при сходном местном патологическом процессе, вызвавшем их, могут быть различны. Индивидуальные различия определяются целым рядом наследственных и приобретенных факторов. Имеются высокочувствительные к болевым раздражениям люди, которым свойствен низкий болевой порог. Боль всегда эмоционально окрашена, что также придает ей индивидуальный характер.

Хроническая боль

Формирование хронической боли зависит больше от психологических факторов, чем от характера и интенсивности повреждающего воздействия, поэтому столь продолжительная боль теряет свое приспособительное биологическое значение. Постепенно развиваются вегетативные расстройства, такие, как утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, потеря массы тела.

Хроническая боль — это боль, которая перестала зависеть от основного заболевания или повреждающего фактора и развивается по своим законам. Международная ассоциация по изучению боли определяет ее как «боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления» и длится более 3 месяцев. По критериям DSM-IV, хроническая боль длится не менее 6 месяцев. Главным отличием хронической боли от острой является не временной фактор, а качественно иные нейрофизиологические, биохимические, психологические и клинические соотношения. Формирование хронической боли в большей степени зависит от комплекса психологических факторов, нежели от характера и интенсивности периферического воздействия. Так, например, интенсивность посттравматической хронической головной боли (ГБ) не коррелирует с тяжестью травмы, а в ряде случаев отмечены даже обратные соотношения: чем легче черепно-мозговая травма (ЧМТ), тем более упорный хронический болевой синдром может сформироваться после нее.

Особенности хронической боли

Вариантом хронической боли являются психогенные боли, где периферическое воздействие может отсутствовать или играть роль запускающего или предрасполагающего фактора, определяя локализацию боли (кардиалгия, абдоминалгия, ГБ). Клинические проявления хронической боли и ее психофизиологические компоненты определяются особенностями личности, влиянием эмоциональных, когнитивных, социальных факторов, прошлым «болевым опытом» пациента. Главными клиническими характеристиками хронических болей являются их длительность, монотонность, диффузный характер. У пациентов с такой болью часто наблюдаются сочетания различных локализаций: ГБ, боль в спине, животе и т. д. «Болит все тело», — так часто характеризуют они свое состояние. Особую роль в возникновении хронической боли играет депрессия, и этот синдром обозначают как депрессия-боль. Часто депрессия протекает скрыто и не осознается даже самими пациентами. Единственным проявлением скрытой депрессии может быть хроническая боль.

Причины хронических болей

Хроническая боль является излюбленной маской скрытой депрессии. Тесная связь депрессии с хронической болью объясняется общими биохимическими механизмами.

Недостаточность моноаминергических механизмов, особенно серотонинергических, является общей основой для формирования хронических алгических и депрессивных проявлений. Это положение подтверждает высокая эффективность антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина при терапии хронической боли.

Не все хронические боли обусловлены психическими нарушениями. Онкологические заболевания, болезни суставов, ишемическая болезнь сердца и др. сопровождаются хроническими болями, но чаще ограниченной локализации.

Однако следует учесть возможность возникновения и на этом фоне синдрома депрессия-боль. Распространенность хронической боли в популяции достигает 11%. Помимо депрессии, частота которой при хронической боли достигает 60—100%, хроническая боль ассоциируется с тревожными и конверсионными расстройствами, а также с особенностями личностного развития, воспитания в семье. Паническое расстройство является заболеванием, которое может протекать как в сочетании с

хронической болью (до 40% случаев), так и без нее.

Важную роль в патогенезе хронической боли играет предшествующая насыщенность жизни пациента стрессами, связанными с болью: у 42% пациентов с хронической болью в анамнезе отмечались «болевые ситуации» — сильные стрессы, связанные с угрозой жизни и интенсивной болью. Обращают на себя внимание достоверно более высокие показатели по шкалам «болевое воспитание» и «боль/витальный страх» у пациентов при сочетании хронической боли и панического расстройства, чем у пациентов без хронической боли.

Психические особенности хронической боли

Для пациентов с хроническим болевым синдромом при паническом расстройстве характерны:

- большая значимость в течении болезни депрессии, чем тревоги;
- атипичность панического расстройства, отражающая преобладание функциональных неврологических расстройств;
- высокий уровень соматизации;
- значительная насыщенность жизни стрессами, связанными с болью.

Факторы, препятствующие хронизации боли

Существует ряд факторов, препятствующих хронизации боли:

- относительно большая выраженность и значимость в течении болезни фобической тревоги;
- типичность панического расстройства;
- меньшая «насыщенность» жизни пациента болью;
- выраженное ограничительное поведение. Последнее не является благоприятным для прогноза панического расстройства в целом, т. к. способствует усилению агорафобии.

Патофизиологическая классификация болей

В соответствии с другой классификацией, основанной на предполагаемых патофизиологических механизмах развития болевого синдрома, различают ноцицептивные, невропатические и психогенные боли.

Ноцицептивная боль, вероятно, возникает при активации специфических болевых волокон, соматических или висцеральных. При вовлечении в процесс соматических нервов боль обычно имеет ноющий или давящий характер (например, в большинстве случаев злокачественных новообразований).

Невропатическая боль обусловлена повреждением нервной ткани. Такого рода хроническая боль может быть связана с изменением функции эфферентного звена симпатической нервной системы (симпатически опосредованная боль), а также с первичным повреждением либо периферических нервов (например, при компрессии нерва или образовании невромы), либо центральной нервной системы (деафферентационные боли).

Психогенная боль возникает в отсутствие какого-либо органического поражения, которое позволило бы объяснить выраженность боли и связанных с ней функциональных нарушений.

Этиологическая классификация абдоминальных болей

I. Интраабдоминальные причины:

- генерализованный перитонит, развившийся в результате перфорации полого органа, внематочной беременности или первичный (бактериальный и небактериальный);
- периодическая болезнь;
- воспаление определенных органов: аппендицит, холецистит, пептические язвы, дивертикулит, гастроэнтерит, панкреатит, воспаление органов малого таза, колит

язвенный или инфекционный, региональный энтерит, пиелонефрит, гепатит, эндометрит, лимфаденит;

- обструкция полого органа: интестинальная, билиарная, мочевыводящих путей, маточная, аорты;

- ишемические нарушения: мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекруты органов (желчного пузыря, яичек и др.);

- другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, синдром Мюнхгаузена, отмена наркотиков.

II. Экстраабдоминальные причины:

- заболевания органов грудной полости: пневмония, ишемия миокарда, заболевания пищевода;

- неврогенные: herpes zoster, заболевания позвоночника, сифилис;

- метаболические нарушения: сахарный диабет, порфирия. Примечание. Частота заболеваний в рубриках указана в убывающем порядке.

Классификация абдоминальных болей по механизму возникновения

По механизму возникновения боли в брюшной полости подразделяются на висцеральные, париетальные (соматические), отраженные (иррадиирующие) и психогенные.

Висцеральная боль

Висцеральная боль возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах и проводится симпатическими волокнами. Основными импульсами для ее возникновения являются внезапное повышение давления в полом органе и растяжение его стенки (наиболее частая причина), растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, сосудистые нарушения.

Соматическая боль

Соматическая боль обусловлена наличием патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинно-мозговых нервов. Основными импульсами для ее возникновения являются повреждение брюшной стенки и брюшины.

Дифференциально-диагностические признаки висцеральной и соматической боли представлены в табл. 1.

Таблица 1. Характеристика висцеральных и соматических болей

Признаки	**Тип боли**	
	Висцеральная	**Соматическая**
Характер	Давящая, спастическая, тупая	Острая интенсивная
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии	Точечная в месте раздражени
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
Ритмичность (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.)	Характерна (ритм может быть правильным и неправильным)	Отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере и соответствует пораженному органу	Присутствует в больши случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли	В месте локализации бол органа

Лекарственная терапия	Эффективны препараты, нормализующие моторную функцию пораженного органа	Неэффективна и противопока
Клинические примеры	Неосложненная язвенная болезнь, желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, язвы желудка или кишечника, спастическая дискинезия толстой кишки, перитонит, опухоли с раздражением париетальной брюшины	Перфоративные и пенетриру язвы

Иррадиирующая боль

Иррадиирующая боль локализуется в различных областях, удаленных от патологического очага. Она возникает, если импульс висцеральной боли чрезмерно интенсивен (например, прохождение камня) или при анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки). Иррадиирующая боль передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной области. Так, например, при повышении давления в кишечнике вначале возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике — в спину, в правую лопатку или плечо.

Психогенная боль

Психогенная боль возникает при отсутствии периферического воздействия либо когда последнее играет роль пускового или предрасполагающего фактора. Особая роль в ее возникновении принадлежит депрессии. Последняя часто протекает скрыто и не осознается самими пациентами. Тесная связь депрессии с хронической абдоминальной болью объясняется общими биохимическими процессами и, в первую очередь, недостаточностью моноаминергических (серотонинергических) механизмов. Это подтверждается высокой эффективностью антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина, в лечении болевого синдрома. Характер психогенных болей определяется особенностями личности, влиянием эмоциональных, когнитивных, социальных факторов, психологической стабильностью больного и его прошлым «болевым опытом». Основными признаками данных болей являются их длительность, монотонность, диффузный характер и сочетание с другими локализациями (головная боль, боль в спине, во всем теле).

Нередко психогенные боли могут сочетаться с другими указанными выше типами болей и оставаться после их купирования, существенно трансформируя их характер, что необходимо учитывать при терапии. Одной из разновидностей болей центрального генеза является абдоминальная мигрень. Последняя чаще встречается в молодом возрасте, носит интенсивный разлитой характер, но может быть локальной в параумбиликальной области. Характерны сопутствующие тошнота, рвота, понос и вегетативные расстройства (побледнение и похолодание конечностей, нарушения ритма сердца, артериального давления и др.), а также мигренозная цефалгия и характерные для нее провоцирующие и сопровождающие факторы. Во время пароксизма отмечается увеличение скорости линейного кровотока в брюшной аорте.

Молекулярные механизмы боли

Наиболее важными механизмами контроля болевого синдрома являются эндогенные опиатные системы. Опиатные рецепторы локализуются в окончаниях чувствительных нервов, в нейронах спинного мозга, в стволовых ядрах, в таламусе и

лимбических структурах головного мозга. Связь данных рецепторов с рядом нейропептидов, таких, как эндорфины и энкефалины, обусловливает морфиноподобный эффект. Их высвобождение вызывает как восходящие периферические ноцицептивные, так и нисходящие, контролирующие боль системы. Опиатная система работает по следующей схеме: активация чувствительных окончаний приводит к выделению субстанции P, что вызывает появление периферических восходящих и центральных нисходящих ноцицептивных (болевых) импульсов. Последние активизируют выработку эндорфинов и энкефалинов, которые блокируют выделение субстанции P и снижают болевые ощущения.

Существенное значение в формировании болевого синдрома имеют серотонин и норадреналин. В структурах мозга находится большое количество серотонинергических и норадренергических рецепторов, а в состав нисходящих антиноцицептивных (противоболевых) структур входят серотонинергические и норадренергические волокна. Большое количество серотонинергических нейронов содержится в околоводопроводном сером веществе (ОВС), большом и дорсальном ядрах шва. Уменьшение уровня серотонина приводит к снижению болевого порога и усилению болей. Другим медиатором, действие которого опосредует усиление антиноцицептивных систем организма, является норадреналин. Норадреналин опосредует увеличение активности антиноцицептивных систем.

Таким образом, нисходящие антиноцицептивные системы имеют как серотонинергические, так и норадренергические волокна.

Наличие болевого абдоминального синдрома требует углубленного обследования больного для уточнения механизмов его развития и выбора тактики лечения. Подавляющему большинству больных с наличием соматических болей, как правило, необходимо хирургическое лечение. Висцеральные боли, возникающие у больных как с наличием органических поражений органов пищеварения, так и без них, являются следствием нарушения, в первую очередь, моторной функции последних. В результате в полых органах повышается давление и/или наблюдается растяжение их стенки и возникают условия для формирования восходящих ноцицептивных импульсов.

Моторная функция желудочно-кишечного тракта определяется активностью гладкомышечных клеток, находящейся в прямо пропорциональной зависимости от концентрации цитозольного Ca^{2+}. Ионы кальция, активируя внутриклеточные биоэнергетические процессы (фосфорилирование белков, превращение АТФ в цАМФ и др.), способствуют соединению нитей актина и миозина, что обеспечивает сокращение мышечного волокна. Одним из условий, необходимых для сокращения мышечного волокна, является высокая активность фосфодиэстеразы, которая участвует в расщеплении цАМФ и обеспечении энергией процессов соединения актина с миозином. В регуляции транспорта ионов кальция участвует ряд нейрогенных медиаторов: ацетилхолин, катехоламины (норадреналин), серотонин, холецистокинин, мотилин и др. Связывание ацетилхолина с М-холинорецепторами способствует открытию натриевых каналов и вхождению ионов натрия в клетку.

Последнее снижает электрический потенциал клеточной мембраны (фаза деполяризации) и приводит к открытию кальциевых каналов, через которые ионы кальция поступают в клетку, вызывая мышечное сокращение. Серотонин оказывает существенное влияние на моторику желудочно-кишечного тракта, активируя ряд рецепторов, локализующихся на эффекторных клетках. Выделяют несколько подтипов рецепторов (5-МТ 1—4), однако наиболее изучены 5-МТ3 и 5-МТ4. Связывание серотонина с 5-МТ3 способствует расслаблению, а с 5-МТ4 — сокращению мышечного волокна. В то же время механизмы действия серотонина на мышечные волокна желудочно-кишечного тракта до конца не установлены. Имеются лишь предположения о вовлечении в эти процессы ацетилхолина. Тахикинины, в состав которых входят три типа пептидов (субстанция P, нейрокинин A и B), связываясь с соответствующими рецепторами миоцитов, повышают их

моторную активность не только в результате прямой активации, но и вследствие выделения ацетилхолина.

Определенную роль в регуляции моторной функции кишечника играют эндогенные опиаты. При связывании их с опиоидными рецепторами миоцитов происходит стимуляция или замедление моторики пищеварительного тракта. Оценка интенсивности боли необходима при выборе методов лечения и позволяет судить в динамике об эффективности терапии основного заболевания. Важно также различать постоянную и рецидивирующую острую боль.

Характеристика боли

Характеристика боли и ее измерение привлекают все большее внимание. Хотя боль остается субъективным ощущением, но ее количественная оценка приобретает все возрастающее значение. Первоначально попытки измерить боль фокусировались только на колебаниях ее интенсивности. Как известно, ощущение боли у человека отражает сложный комплекс физиологических и патофизиологических процессов, конечным результатом которых и являются качественные особенности боли. К сожалению, проблема измерения боли все еще находится в зародышевом состоянии, отсутствует даже единая теоретическая база для этого.

Модели возникновения боли

Существуют две основные модели возникновения боли — медицинская и поведенческая. *В соответствии с медицинской моделью* боль рассматривается как патология или следствие повреждения. *В соответствии с поведенческой моделью* боль представляет собой ощущение, регулируемое сознанием, поведением и персональными предрасполагающими факторами.

Первая из этих моделей более традиционна и основана на объективных данных патологии. Поведенческая модель ориентирована на субъективные факторы, например на предшествующий опыт и воспитание. Эти фундаментальные различия характеризуют некоторые из типичных затруднений, возникающих при попытках точно оценить боль.

Важно остановиться на некоторых трудностях, присущих измерению боли. Так как боль — это субъективное ощущение, каждый человек воспринимает ее по-своему. В количественной оценке боли обнаружены непреодолимые индивидуальные различия.

Например, одни пациенты никогда не оценят свою боль в 10 баллов (по шкале от 0 до 10), пока она не достигнет такой степени, что больные почти начнут терять сознание. А другие пациенты, наоборот, оценивают боль в 10 баллов, хотя при этом остаются спокойными и расслабленными.

Следовательно, все цифровые системы оценки боли имеют пределы надежности. Если пациент характеризует боль как более чем 10-балльную, то говорить о дальнейшем нарастании боли уже нельзя. Сравнивать болевые ощущения очень сложно из-за большого числа индивидуальных различий. Больные по-разному сообщают о локализации, характере и продолжительности своих болей.

Кроме того, само восприятие боли в данный момент зависит от предшествующего опыта больного в этом отношении. На индивидуальное восприятие боли влияют демографические факторы, пол, возраст, этнические особенности. Сведения, сообщаемые пациентом о своих болях, изменяются в зависимости от проводимого лечения, от нарушений сна и от аффектации. Так, в состоянии депрессии и возбуждения пациенты склонны преувеличивать свои боли. Все эти факторы проливают свет на трудности, свойственные оценке интенсивности болей у человека. Однако, несмотря на эти ограничения, разработано и применяется много методов клинической оценки боли.

Специфические болевые синдромы

Причины специфических болевых синдромов

Специфические болевые синдромы могут иметь мультифакториальное происхождение. Например, при большинстве болевых синдромов, связанных со злокачественными новообразованиями, преобладает ноцицептивный компонент, но здесь возможно также участие механизмов деафферентации, вызванной повреждением нерва опухолью или ятрогенным воздействием, и психологических факторов, связанных с утратой определенной функции и страхом перед прогрессированием болезни.

Болевой синдром при заболеваниях печени

В классификации хронических гепатитов, в разделе основных клинических синдромов выделяют астеновегетативный, диспептический, холестатический и «малой» печеночной недостаточности синдромы. Отсутствие указаний на болевой синдром связано с тем, что в большинстве случаев боли в правом подреберье не связаны с самой печенью. Чаще они являются признаками поражения желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Вместе с тем остро наступившее набухание печени может вследствие напряжения капсулы вести к сильным болям в правой и эпигастральной частях живота. Это может наблюдаться в случаях острой правожелудочковой недостаточности, острого гепатита, опухоли и абсцессов печени. Болевой синдром имеет определенные особенности: боль, как правило, охватывает весь живот, обычно она носит постоянный характер с периодическим усилением. Как следует из изложенного, болевой синдром у больных хроническим гепатитом сопровождается биохимическими, морфологическими изменениями, характерными для цитолиза.

Таким образом, болевой синдром имеет важное значение в клиническом течении заболеваний печени и желчного пузыря. При заболеваниях печени он встречается нередко и имеет свои особенности, не только клинические, но и лабораторные, свидетельствующие о явлениях цитолиза. У всех наблюдаемых больных при обострении хронического холецистита регистрируется болевой синдром, имеющий клинико-лабораторные подтверждения и зависящий от этиологических и патогенетических особенностей.

Болевой синдром при язвенной болезни

Боль является ведущим симптомом при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). У пациентов без боли отношение к заболеванию является гармоничным. Напротив, у пациентов с жалобами на боли отмечаются стремление «уйти от болезни в работу» (пик по шкале эргопатического типа) и озабоченность тем впечатлением, которое болезнь может произвести на окружающих (пик по шкале сенситивного типа). Кроме того, у пациентов с ноюще-схваткообразными болями отмечается пик по шкале тревоги (17.0+2.7), что достоверно отличает их от больных с ноющей (8.4+1.3; $p<0.05$) и схваткообразной болью (5.3+1.3; $p<0.05$). Таким образом, болевой синдром принимает активное участие в формировании внутренней картины болезни у больных с язвенной болезнью.

Болевой синдром при наличии сопутствующего психического заболевания

Многие психически больные не обращаются с жалобами в момент появления соматического заболевания. Во внепсихиатрической практике это встречается при заболеваниях, скрыто протекающих и незаметно начинающихся, либо при легких, не имеющих существенного значения болезнях. Психически больные могут не предъявлять жалоб при таких серьезных заболеваниях с тяжелым течением и острыми болями, как прободная язва или инфаркт миокарда. По наблюдениям Т. Добжанского, боль не была преобладающим симптомом при острых хирургических заболеваниях у 43% больных: у

36,4% — с перфоративной язвой; 37,5% — с острым аппендицитом и у 50% больных с переломом бедра. Это значительно отличается от данных, полученных у психически здоровых людей.

На клиническую картину может накладывать отпечаток и характер психического заболевания. Жалобы чаще всего отсутствуют у больных, страдающих шизофренией (75% больных с безболевой перфорацией и острым аппендицитом). Считается, что среди психически больных высока послеоперационная смертность вследствие запоздалого диагноза острого хирургического заболевания. Более высокую смертность психически больных связывают также с более тяжелым общим физическим состоянием, большим риском инфицирования послеоперационной раны и трудностями послеоперационного ухода за этими больными. При неадекватном отношении к окружающим и себе такие больные не могут правильно оценить свое состояние, а зачастую и рассказать о болевых ощущениях или других нарушениях организма.

Не исключено также предположение, что у этих больных имеются и нарушения в самом первичном восприятии болевых ощущений, а следовательно, и в дальнейшем синтезе и анализе. Чаще всего жалобы предъявляются в самой общей форме: «плохо себя чувствую», «испытываю слабость» или «у меня боли». Обычно при тщательном опросе удается получить достаточно подробный анамнез. Симуляция встречается крайне редко.

Особенности восприятия боли при шизофрении

Клинические наблюдения (Гиляровский В. А., 1936 г.) и экспериментальные исследования (Алмазов Б. Н., 1972 г.) установили, что при шизофрении реакция на болевое раздражение подавляется особенно заметно, когда в клинической картине преобладает дефективная симптоматика. Проведенное исследование показало, что при простой форме шизофрении с прогредиентным течением и формированием апато-абулического синдрома с нарастанием аутизации имеют место стойкие изменения на болевое стимулирование, проявляющиеся в своеобразной гипоалгезии.

В структуре этой гипоалгезии обращает на себя внимание, помимо повышения порога болевого реагирования, отсутствие выразительных движений, напряжения мышц, углубления дыхания, расширения периферических сосудов, что в совокупности отражало бы степень эмоционального напряжения, развивающегося при подавлении стремления к усилению болевого реагирования.

Спонтанно возникающие идеи и представления имеют для больного субъективно большее значение, нежели ощущения, даваемые болевой стимуляцией. Очевидно, что речь должна идти не о нарушении сенсорного компонента болевого ощущения, а о затруднении оценки его субъективной значимости, когда возможность целостной эмоциональной реакции значительно затруднена, если вообще не исключена. Больные, которые предъявляют жалобы на боль, описывают ее почти всегда как острую, но, несмотря на это, заявляют о ней спустя несколько часов, как правило, после появления рвоты. Психически больные также значительно реже предъявляют и другие жалобы. Но объективные симптомы у них такие же, как и у психически здоровых. Поэтому врач, имеющий дело с психически больными, должен обходиться без субъективных данных.

Болевой синдром в пожилом возрасте

Болевой синдром отсутствует или мало выражен у пациентов старше 60 лет, особенно при сопутствующей старческой деменции. По наблюдениям Т. Добжанского (1973 г.), в группе до 50 лет боль отсутствовала у 30% больных; 50—59 лет — у 42%, а у лиц старше 60 лет — в 54% случаев. Из этого следует, что и у психически больных возраст может существенно влиять на манифестацию боли. У больных с неврологической симптоматикой (остаточные явления после повреждения спинного мозга, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения) диагностика острых заболеваний органов брюшной полости также представляет большие трудности. В клинической картине

заболевания на первый план выступают тошнота, рвота, вздутие живота, задержка стула и газов. Боли в животе, напряжение брюшных мышц либо слабо выражены, либо отсутствуют. У некоторых больных имеет место выраженная кожно-мышечная гиперестезия, которая маскирует истинное сокращение мышц, обусловленное прободением язвы.

Однако при динамическом наблюдении за больными обращают на себя внимание заострившиеся черты лица, прогрессирующая тахикардия, сухость языка, рвота, задержка стула и газов. В крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость в нейтрофилах. Все это свидетельствует об интоксикации, обусловленной перитонитом. У больных с повреждением спинного мозга напряжение мышц при перфорации язвы отсутствует.

Это связано с тем, что мышцы передней брюшной стенки иннервируются шестью парами нижних реберных и первыми двумя парами поясничных нервов. При повреждении спинного мозга нарушается функция этих нервов, то есть наступают периферические параличи, вследствие чего развивается параплегия и, естественно, что в результате параличей межреберных мышц нервов мышцы живота не могут сократиться в ответ на раздражение париетальной брюшины.

Особенности болевого синдрома при хроническом алкоголизме

Немалые диагностические трудности представляет сочетание острого хирургического заболевания с хроническим алкоголизмом. Известно, что алкоголь снижает болевой синдром и приводит к угасанию рефлексов передней брюшной стенки, вызывающих сокращение брюшных мышц. Поэтому заболевание диагностируется после прекращения действия алкоголя. Но к этому времени процесс заходит настолько далеко, что оперативное вмешательство оказывается запоздалым. Хроническая алкогольная интоксикация может также симулировать картину острого живота. На фоне хронической алкогольной интоксикации и наличия симптомов, характерных для картины острого живота, могут развиваться глубокие расстройства гемодинамики с явлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности и нарушением сосудистого тонуса. Вследствие нарастающего полнокровия внутренних органов, главным образом печени, последняя резко увеличивается в размерах и растянута, обильно иннервируемая ее капсула вызывает сильные боли. Отмечено, что брюшные симптомы у алкоголиков характеризуются некоторыми особенностями, в частности несоответствием между напряжением брюшной стенки и болезненностью при давлении: при самом резком напряжении болезненность носит поверхностный характер, а при более глубокой пальпации она не нарастает, но иногда даже уменьшается. Осторожной пальпацией удается преодолеть сопротивление брюшных мышц и свободно проникнуть в глубь брюшной полости, не вызывая усиления болей. Очевидно, здесь имеет место не гипералгезивный, а гиперсенсорный рефлекс. В. Н. Захаров отмечает, что этот симптом ригидности передней брюшной стенки можно наблюдать как у лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем, так и у находящихся в состоянии похмелья. Несмотря на сильные боли и ригидность брюшной стенки, больной свободно меняет свое положение в постели, приподнимается.

Диагностика абдоминального болевого синдрома

Боль в животе вызывается разнообразными причинами, их диапазон колеблется от острых, угрожающих жизни катастроф до функциональных расстройств и поражения нескольких систем организма. При острой боли надо быстро определить ее причины и немедленно начать лечение. Более обстоятельный подход к диагностике уместен в менее острых ситуациях. В табл. 2 даны основные причины болей в брюшной полости.

Таблица 2. Наиболее частые причины болей в животе

Воспаление слизистой оболочки или мускулатуры полых внутренних органов	Заболевания, обусловленные кислотно-пептическим фактором (эрозии, воспаление), геморрагический гастрит, желудочно-пищево рефлюкс, аппендицит, дивертикулит, холецистит, хола воспалительные процессы в толстой кишке (болезнь К неспецифический язвенный колит, синдром Бехчета), инфекцио гастроэнтерит, мезентериальный лимфаденит, колит, ци пиелонефрит
Висцеральный спазм или растяжение	Обструкция кишечника (спайки, опухоль, инвагина аппендикулярная обструкция (в результате воспаления червеобра отростка), ущемление грыжи, синдром раздражения толстой к (мышечная гипертрофия и спазм), острая обструкция желчных п закупорка протока поджелудочной железы (хронический панкре камень), закупорка мочеточника (камень, тромб), трубная беремен
Сосудистые расстройства	Мезентериальная тромбоэмболия (артериальная и вено расслаивание или разрыв стенки артерии (например, аневризма ао закупорка вследствие наружного сдавления или перекручи (заворот, грыжа, опухоль, инвагинация), гемоглобинопатия (осо серповидно-клеточная анемия)
Растяжение или воспаление серозных оболочек внутренних органов	Растяжение капсулы печени (гепатит, кровотечение, опухоль, син Бадда—Киари, синдром Фитца—Хью-Куртиса: гонококк перигепатит); растяжение капсулы почки (опухоль, инфекция, инф венозный тромбоз); капсулы селезенки (кровотечение, аб инфаркт); поджелудочной железы (панкреатит, псевдокисты, абс яичника (кровотечение в кисту, эктопическая беременность, абсце
Перитонит	Бактериальная инфекция (воспаление органов малого инфицированный асцит), инфаркт кишки, химическое раздраж панкреатит, перфорация полого органа (особенно желудка двенадцатиперстной кишки), реактивное воспаление (прилеж абсцесс, дивертикулит, плевропульмональная инфекция), се (ДБСТ, семейная средиземноморская лихорадка)
Поражения передней брюшной стенки	Травмы, грыжи, инфекция и воспаление мышечной ткани, гема (травма, антикоагулянтная терапия), спаечный процесс
Токсины	Свинцовое отравление, укус паука «черная вдова»
Метаболические расстройства	Уремия, кетоацидоз (диабетический, алкогольный), криз недостаточности надпочечников, порфирия, ангионевротический (дефицит С-эстеразы), наркотическая «ломка»
Неврологические патологические состояния	Herpes zoster, tabes dorsalis, каузалгия, сдавление воспаление спинальных корешков (артрит, грыжа Шморля, опу абсцесс), психогении
Иррадиирующая боль	Из сердца, легких, пищевода, гениталий (например, ишемия миок пневмония, пневмоторакс, ТЭЛА, эзофагит, спазм или ра пищевода)

Дифференциальная диагностика болевого синдрома

Очень важен анамнез болевого синдрома. Физикальное исследование может дезориентировать, а лабораторные и радиологические исследования не всегда доступны. Длительность и характер боли позволяют судить о ее происхождении и серьезности, хотя острая внутрибрюшная катастрофа может разыграться и внезапно или на фоне хронической боли. Тип и локализация боли дают возможность ориентироваться в природе болезни. Висцеральная боль (в результате растяжения полых органов) обычно нечетко

локализована и ощущается в центре живота. Кишечная боль имеет спастический характер; если она возникает проксимальнее илеоцекального угла, то ощущается над пупком или вокруг него. Боль из толстой кишки проецируется в гипогастрий и нижние отделы живота.

Боли, вызванные обструкцией желчных путей или мочеточников, обычно заставляют пациентов мучительно корчиться, настолько они интенсивны. Соматическая боль (при перитоните) обычно более острая и точнее привязана к пораженной зоне (острый аппендицит, растяжение капсулы печени, почки или селезенки), усиливается при движениях, что заставляет больного избегать их. Иррадиация диагностически значима: правое плечо (гепатобилиарный генез), левое плечо (селезенка), середина спины (поджелудочная железа), боковые отделы живота (проксимальные отделы мочевыделительной системы), паховая область (гениталии или дистальные отделы мочевых путей).

Факторы, усиливающие или облегчающие боль

Связь с приемом пищи (поражение верхних отделов ЖКТ, желчевыводящей системы, поджелудочной железы, ишемия толстой кишки), дефекацией (колоректальная область), мочеиспусканием (мочеполовая или колоректальная зона), дыханием (легочно-плевральная, гепатобилиарная зоны), положением больного (поджелудочная железа, желудочно-пищеводный рефлюкс, скелетные мышцы), менструацией (поражения тубоовариальные или эндометрия, включая эндометриоз), физической активностью (ишемия коронарных и мезентериальных артерий, скелетная мускулатура), приемом медикаментов или особой пищи (нарушения моторики, непереносимость пищи, желудочно-пищеводный рефлюкс, порфирия, недостаточность надпочечников, кетоацидоз, токсины), стрессом (нарушение моторики, заболевания, вызванные кислотно-пептическим фактором).

Связанные с болью симптомы

Лихорадка или озноб (инфекция, воспалительные заболевания, инфаркт), истощение (опухоль, воспалительные заболевания, нарушение всасывания, ишемия), тошнота или рвота (непроходимость, инфекция, воспалительные заболевания, нарушения обмена), дисфагия (пищевод), быстрое насыщение (желудок), кровавая рвота (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка), запор (колоректальная, перианальная, мочеполовая области), желтуха (гепатобилиарная зона, гемолиз), диарея (воспалительные заболевания, инфекция, мальабсорбция, ишемия, мочеполовая область), дизурия или гематурия, выделения из влагалища или уретры (мочеполовая зона), поражение кожи, суставов и (или) глаз (воспалительные заболевания, бактериальная или вирусная инфекция).

Предрасполагающие факторы

Наследственность (воспалительные заболевания, опухоли, панкреатит), артериальная гипертензия (ишемия), сахарный диабет (нарушение моторики, кетоацидоз), ДБСТ (серозит, нарушения моторики), депрессия (опухоли, нарушения моторики), курение (ишемия), недавнее прекращение курения (воспалительные заболевания), отравление этанолом (поражение печени и желчевыводящих путей, панкреатит, заболевания, вызванные кислотно-пептическим фактором).

Методы исследования

Физикальное исследование. Осмотр живота в связи с перенесенными травмой или оперативным вмешательством; вздутие, наличие жидкости или воздуха; боль непосредственная, отраженная и иррадиирующая; размеры печени и селезенки; шумы, в том числе патологические кишечные шумы; грыжи. Ректальное исследование для поиска патологических изменений, боли при осмотре, кровь (в явной или скрытой форме). Очень

важно исследовать тазовые органы у женщин. Общее обследование; выявление признаков нестабильности гемодинамики, расстройств КОС, нарушений питания, коагулопатий, нарушений артериального кровообращения и функций сердца, поражения печени, лимфаденопатии, поражений кожи.

Рутинные лабораторные и рентгенологические исследования

Выбор определяется клинической ситуацией (интенсивность боли, внезапность начала). Включает клинический анализ крови, определение электролитов сыворотки, сахара крови, биохимических показателей функции печени, почек, поджелудочной железы, коагулограмму; рентгенологическое исследование органов грудной клетки для выявления поражения сердца, средостения, плевры; ЭКГ для исключения поражения сердца, сопровождающегося иррадиацией боли; рентгенограмму брюшной полости для оценки смещения толстой кишки, растяжения тонкой кишки, наличия жидкости и газа, свободного газа в брюшной полости, размеров печени, конкрементов (билиарные, почечные камни, хронический панкреатит).

Специальные исследования

Специальные исследования могут включать УЗИ брюшной полости (наиболее информативно для оценки желчных путей, желчного пузыря, печени, почек); желудочно-кишечное рентгеноконтрастное исследование с бария сульфатом (пассаж контраста по пищеводу, желудку, двенадцатиперстной и тонкой кишке, клизма с бария сульфатом для контрастирования толстой кишки); гастродуоденоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию; компьютерную томографию, МРТ, холангиографию, ангиографию, сканирование с радионуклидами. В отдельных случаях требуется биопсия печени, поджелудочной железы, тканей в брюшной полости; лапароскопия и иногда диагностическая лапаротомия.

Острая боль в брюшной полости

Интенсивная боль в животе, начавшаяся внезапно, или боль, возникшая на фоне обморока, признаков снижения АД, симптомов интоксикации, требуют быстрой оценки, проводимой в определенном порядке. Надо иметь в виду следующие патологические состояния: непроходимость, перфорация или разрыв полого органа, расслоение или разрыв крупного кровеносного сосуда (особенно аневризмы аорты), язвенный процесс, абдоминальный сепсис, кетоацидоз, надпочечниковый криз.

Краткий анамнез болезни и физикальное исследование

Обращают внимание на наличие гипотермии, гипервентиляции, цианоза, непосредственной или отраженной боли в животе, пульсирующих образований в брюшной полости, кишечных шумов, асцита, крови в прямой кишке, болезненности при исследовании органов малого таза и прямой кишки, признаков коагулопатии. Полезны следующие лабораторные исследования: определение гематокрита (может быть нормален при остром кровотечении и повышен при дегидратации), число лейкоцитов, КОС, электролиты сыворотки, азот мочевины, креатинин, сахар крови, липаза и амилаза, общий анализ мочи.

Специальные методы исследования

Рентгенологическое исследование включает рентгенограммы брюшной полости в горизонтальном и вертикальном положениях (левая боковая горизонтальная позиция, если правая невозможна) для оценки поперечника толстой кишки и наличия свободного газа в брюшной полости, а также горизонтальный боковой снимок для оценки диаметра аорты.

Лапароцентез или перитонеальный лаваж при травме позволяют исключить кровотечение или перитонит. УЗИ брюшной полости — для подтверждения диагноза абсцесса, холецистита, гематомы, определения диаметра аорты.

Неотложная помощь

Неотложная терапия включает внутривенное введение жидкости, коррекцию расстройств КОС, угрожающих жизни, и принятие решения о необходимости экстренного оперативного вмешательства; через некоторое время важно повторно проанализировать ситуацию (желательно, чтобы это сделал тот же врач). До установления диагноза и принятия плана лечения наркотические анальгетики применять нельзя, так как они маскируют симптоматику, что может отсрочить необходимое вмешательство.

Лечение абдоминального болевого синдрома

Основные направления купирования абдоминального болевого синдрома включают:

- этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания;
- нормализацию моторных расстройств;
- снижение висцеральной чувствительности;
- коррекцию механизмов восприятия болей.

Нарушения двигательной функции органов желудочно-кишечного тракта играют значительную роль в формировании не только болевого синдрома, но и большинства диспептических расстройств (чувство переполнения в желудке, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры).

Большинство из указанных выше симптомов могут иметь место как при гипокинетическом, так и при гиперкинетическом типе дискинезии, и только углубленное исследование позволяет уточнить их характер и выбрать адекватную терапию.

Функциональные нарушения, сопровождающиеся болью

Спастическая дискинезия

Одним из наиболее частых функциональных нарушений, в том числе и с наличием органической патологии органов пищеварения, является спастическая (гиперкинетическая) дискинезия. Так, при спастической дискинезии любого отдела пищеварительного тракта наблюдается повышение внутрипросветного давления и нарушение продвижения содержимого по полому органу, что создает предпосылки для возникновения боли.

При этом скорость нарастания давления в органе пропорциональна интенсивности боли. Спастическая дискинезия мышечной оболочки стенки полого органа или сфинктеров представляет собой наиболее частый механизм развития болевого синдрома при эзофагоспазме, дисфункции сфинктера Одди и пузырного протока, синдроме раздраженного кишечника.

Купирование болевого синдрома при функциональных нарушениях

В настоящее время для купирования болевого синдрома в комплексном лечении вышеуказанных заболеваний используются релаксанты гладкой мускулатуры, которые включают несколько групп препаратов. Антихолинергические средства снижают концентрацию интрацеллюлярных ионов кальция, что приводит к мышечной релаксации. Важно отметить, что степень релаксации находится в прямой зависимости от предшествующего тонуса парасимпатической нервной системы. Последнее обстоятельство определяет существенные различия индивидуальной эффективности препаратов данной группы. В качестве спазмолитиков используют как неселективные

(препараты красавки, метацин, платифиллин, бускопан и др.), так и селективные М1-холиноблокаторы (гастроцепин и др.).

Однако довольно низкая эффективность и широкий спектр побочных эффектов ограничивают их применение для купирования болевого синдрома у значительной части больных. Механизм действия миотропных спазмолитиков в конечном итоге сводится к накоплению в клетке цАМФ и уменьшению концентрации ионов кальция, что тормозит соединение актина с миозином. Эти эффекты могут достигаться ингибированием фосфодиэстеразы, или активацией аденилатциклазы, или блокадой аденозиновых рецепторов, либо их комбинацией. Основными представителями данной группы препаратов являются дротаверин (но-шпа, но-шпа форте, спазмол), бенциклан (галидор), отилония бромид (спазмомен), метеоспазмил и др. При использовании миогенных спазмолитиков, так же как и М-холиноблокаторов, необходимо учитывать существенные индивидуальные различия их эффективности, отсутствие селективности эффектов (действуют практически на всю гладкую мускулатуру, включая мочевыделительную систему, кровеносные сосуды и др.), развитие гипомоторной дискинезии и гипотонии сфинктерного аппарата пищеварительного тракта, особенно при длительном применении.

Данные препараты используются кратковременно (от однократного приема до двух-трех недель) для купирования спазма, а следовательно, болевого синдрома. В ряду миотропных спазмолитиков следует отметить препарат мебеверин (дюспатолин), механизм действия которого сводится к блокаде быстрых натриевых каналов клеточной мембраны миоцита, что нарушает поступление натрия в клетку, замедляет процессы деполяризации и блокирует вход кальция в клетку. В результате прекращается фосфорилирование миозина и отсутствует сокращение мышечного волокна. Известно также, что выход ионов кальция из внутриклеточных депо в результате активации альфа-1-адренорецепторов приводит к открытию калиевых каналов, выходу ионов калия из клетки, гиперполяризации и отсутствию мышечного сокращения, что может становиться в течение длительного времени причиной мышечной гипотонии.

В отличие от других миотропных спазмолитиков, мебеверин препятствует пополнению внутриклеточных кальциевых депо, что в конечном итоге приводит лишь к кратковременному выходу ионов калия из клетки и ее гипополяризации. Последняя предупреждает развитие постоянного расслабления или гипотонии мышечной клетки. Следовательно, назначение мебеверина (дюспатолина) приводит только к снятию спазма без развития гипотонии гладкой мускулатуры, т. е. не нарушает моторики желудочно-кишечного тракта. Препарат оказался эффективным для купирования абдоминальных болей и дискомфорта, нарушений стула, обусловленных синдромом раздраженного кишечника, а также возникающих на фоне органических заболеваний. Среди миотропных спазмолитиков также обращает на себя внимание препарат гимекромон (одестон).

Одестон (7-гидрокси-4-метилкумарин) оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря, обеспечивает отток желчи в двенадцатиперстную кишку, снижает давление в билиарной системе и, как следствие, купирует билиарный болевой синдром. Одестон не обладает прямым желчегонным действием, но облегчает приток желчи в пищеварительный тракт, тем самым усиливая энтерогепатическую рециркуляцию желчных кислот, которые участвуют в первой фазе образования желчи. Преимущество одестона по сравнению с другими спазмолитиками заключается в том, что он практически не оказывает влияния на другие гладкие мышцы, в частности кровеносной системы и кишечной мускулатуры. Чрезвычайно перспективным направлением в лечении моторных расстройств является использование селективных блокаторов кальциевых каналов. В настоящее время из этой группы широкое распространение получил пинавериум бромид (дицетел).

Дицетел блокирует потенциалзависимые кальциевые каналы миоцитов кишечника, резко снижает поступление в клетку экстрацеллюлярных ионов кальция и тем самым предотвращает мышечное сокращение. К числу достоинств дицетела относятся местное

(внутрикишечное) действие препарата, тканевая селективность, отсутствие побочных, в т. ч. и кардиоваскулярных, эффектов. Препарат можно применять в течение длительного времени, не опасаясь развития гипотонии кишечника. Клинические исследования показали высокую эффективность дицетела в лечении синдрома раздраженного кишечника и других заболеваний, при которых наблюдается спастическая дискинезия толстой кишки. В купировании болевого синдрома особая роль отводится препаратам, влияющим на висцеральную чувствительность и механизмы восприятия болей. Это касается, в первую очередь, больных с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, функциональные абдоминальные боли и др.) и психогенными абдоминальными болями.

В настоящее время широко обсуждается возможность использования антидепрессантов, антагонистов 5-НТ3, агонистов опиоидных рецепторов, аналогов соматостатина. Из них лучше всего изучены антидепрессанты, реализующие противоболевой эффект двумя путями: за счет уменьшения депрессивной симптоматики, учитывая тот факт, что хроническая боль может быть маской депрессии; за счет активации антиноцицептивных серотонинергических и норадренергических систем. Антидепрессанты назначаются в терапевтических (но не в низких) дозах (амитриптилин по 50—75 мг в сутки, миансерин по 30—60 мг в сутки и т. д.), продолжительность их приема должна составлять не менее 4—6 недель. Препараты эффективны в комплексной терапии. Таким образом, генез абдоминальных болей является полиэтиологическим и полипатогенетическим.

Значение психологического аспекта в лечении болевого синдрома

Лечение болевого синдрома должно быть направлено на нормализацию структурных и функциональных нарушений пораженного органа, а также на нормализацию функций нервной системы, отвечающих за восприятие болей. Изложение психологии лечения болей и ухода за больными, страдающими этими болями, следует начать с вопроса о профилактике. Несмотря на большие достижения медицинской науки, часто избежать боли не удается. Но особенности личности больного, соответствующая подготовка, просветительская работа, современные достижения анестезиологии могут оказать значительную помощь. Одним из условий этого является доверие больного, хороший контакт между врачом и больным, сестрой и больным.

Санитарно-просветительскую работу, а также современные лекарственные средства применяют и при подготовке и ведении безболезненных родов. Необходимо остановиться и на поведении врача по отношению к больным. В ходе диагностической деятельности врач оценивает серьезность болезни, патологического процесса, а затем назначает лечение. Он ждет, что под влиянием этого лечения боли прекратятся. Если же это не происходит, если больной все еще продолжает жаловаться, врач может прореагировать на такое поведение больного даже аффективной вспышкой. Именно в таких случаях можно слышать: «Это уже не должно болеть». Такая ситуация вызывает у больного напряженность вплоть до агрессивности. В других случаях, когда реальной органической причины болей нет, когда они только психогенные, то на основе уже известных причин жалобы недооцениваются.

Боли могут не приниматься во внимание, их могут считать только воображаемыми. Если они исчезают под влиянием плацебо, то делаются выводы об аггравации, может даже появиться подозрение на симуляцию. Если жалобы на боли особенно часты, у врачей появляются в отношении их своеобразные защитные реакции. Врачи стараются как бы отгородиться от неприятных впечатлений. Это проявляется в применении болеутоляющих таблеток (подобно тому как назначаются в соответствующих случаях снотворные и успокаивающие средства). Больные, страдающие хроническими болями, ведут с врачом необычную «игру»: они, как мы видели, ходят от врача к врачу, обращаются к известным специалистам и в известные лечебные учреждения, надеясь на их помощь.

Если врач включится в эту игру, будет лечить соматические • симптомы, то результат достигнут не будет, врач потерпит фиаско, а вышедший из этой игры победителем больной начнет все сначала. Поэтому очень метко обозначение таких случаев как «синдром убийства корифея». Известны и определенные психические методы утоления болей. У хронически больных, страдающих от постоянных болей, отмечается некоторая адаптация, привыкание к ним, вырабатывается усиленный самоконтроль. Много ценных советов можно получить благодаря новейшим достижениям науки в этой области, в результате которых многие явления получили нейрофизиологическое обоснование. Так, например, применение тепла, несмотря на то, что оказывает лишь поверхностное воздействие, как новый физический раздражитель может ослаблять боль.

Соответственно обоснованные дыхательные упражнения, релаксация, двигательная терапия, плавание в теплой воде не только способствуют перестройке, изменениям настроения, но и придают смелость больным, не смеющим двигаться из-за страха перед болями. Важным методом ослабления болей является отвлечение внимания больного. Об этом существует старая легенда: Куан Кунг, китайский генерал, заболел, у него возник абсцесс, известный хирург Хуа Ту сумел вскрыть этот абсцесс, не причинив больному ни малейшей боли. Генерал был страстным любителем шахмат, хирург привел к нему шахматного чемпиона и попросил сыграть с генералом партию в шахматы. Во время углубленной шахматной игры хирург и выполнил операцию. Однако самым важным является умение понять больного. С этой точки зрения требованием первостепенной важности должно быть умение проследить за формами проявления боли.

О страданиях больного свидетельствуют многие факторы, которые врачи должны уметь вовремя заметить и оценить: это выражение лица больного, осанка, вегетативные симптомы. Конечно, легче всего получить информацию, расспросив больного: весьма значимы слова, которыми он выражает характер своей боли. Такие выражения, как «стреляющая», «пульсирующая», «режущая» боль, весьма точно отражают характер боли, как и выражения «неприятная», «сильная», «страшная», «ужасная» и «невыносимая». Часто боль легче утолить вниманием, заботой, рассеиванием страхов, чем болеутоляющими средствами. В ходе мелких хирургических вмешательств больным часто приятно, если рядом стоит сестра. Механическое использование таблеток и инъекций, ослабляющих боль, не приносит должного результата, даже если выполняется по самым точным предписаниям.

Особенно большая осмотрительность нужна при хронических психогенных болях. Осторожность в связи с болеутоляющими средствами должна соблюдаться и по иной причине. Многие больные становятся наркоманами или токсикоманами после неумеренного применения болеутоляющих средств в ходе тяжелого заболевания или в связи с операцией. Давно прошли те времена, когда по поводу любой хронической боли назначали морфий, но, к сожалению, все еще применяется гораздо больше болеутоляющих и снотворных препаратов, чем необходимо. Рабы наркотиков тяжело переносят любую боль, но зато охотно используют жалобы на «невыносимые» страдания, чтобы заполучить нужные им болеутоляющие.

Если в связи с болями и болезнью у нас возникает подозрение на токсикоманию у больного, нужно направить все усилия на распознавание патологической личности. Тщательные наблюдения врача и сестры обязательно приведут к желаемому результату (И. Харди, 1988 г.).

Органные неврозы

Органные неврозы с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — синдром «раздраженного желудка», «раздраженной толстой кишки» — наблюдаются, по данным эпидемиологических исследований, у 13—52% больных,

обращающихся за консультацией к гастроэнтерологу. Распространенность рассматриваемой формы органных неврозов среди населения достигает 32%.

Такими расстройствами страдает 0,22—0,33 из 100 больных многопрофильного стационара (данные проведенного исследования).

Функциональные нарушения при органных неврозах

К функциональным нарушениям со стороны желудка относятся изжога, алгии и ощущение распирания и/или перенаполнения, тошнота, рвота, отрыжка. При функциональных нарушениях со стороны кишечника нарастает удельный вес признаков социальной фобии (до 29%, по R. B. Lidyard et al.) вплоть до формирования явлений дисморфомании: страх недержания кишечных газов с несистематизированными идеями отношения. При этом панические атаки и агорафобия встречаются значительно реже, чем при кардионеврозе.

Типы адаптивных реакций при неврозах

Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Психогенная ситуация как провоцирующий фактор запускает вначале общую неспецифическую реакцию адаптации. Наиболее часто встречаются три типа таких реакций:

- реакция со стороны выделительных органов — слюнотечение, потливость, тошнота, рвота, учащенное мочеиспускание, понос («медвежья болезнь»). Эти явления могут также возникать при волнении перед экзаменом, ответственным докладом и т. д.;
- температурная реакция. Повышение температуры часто наблюдается у детей в любой стрессовой ситуации (прорезывание зубов, сильный плач, переутомление). Температурная реакция характерна и для некоторых женщин, причем в длительной психотравмирующей ситуации может держаться субфебрилитет (37,0—37,5 °С);
- реакция со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердечных спазмов, повышения артериального давления, учащенного сердцебиения.

Клиническая картина органных неврозов

Для истерической личности характерны эгоцентризм, кажущаяся нарочитость, театральность поведения, демонстративность, большая (само-) внушаемость, неосознавание возможности извлечь какую-либо пользу из своего болезненного состояния. В речи на первом месте — желание во что бы то ни стало убедить собеседника в своей правоте, даже за счет лжи.

Клиническая картина включает:

I. Психические расстройства: истерические «сумерки» (синдром Ганзера), псевдодеменция, пуэрилизм, истерические фуги, амбулаторные автоматизмы; эмоционально-аффективные расстройства: фобии, ипохондрии; психогенные амнезии.

II. Моторные расстройства: припадки (классический большой истерический, моторная буря, дуга, клоунада), истерические параличи, парезы, кривошея, тризм, контрактуры суставов, косоглазие, профессиональные дискинезии (писчий спазм, спазм языка у музыкантов, мышц голени у балерин), астазия-абазия.

III. Сенсорные нарушения: парестезии, не соответствующие законам иннервации, истерические боли (цефалгия, артралгия, глоссалгия, цисталгия и т. д.), истерическая слепота, потеря обоняния, вкуса, цветоощущения.

IV. Вегетовисцеральные расстройства: «истерический ком» (спазмы гладкой мускулатуры глотки), чувство нехватки воздуха, дисфагия (нарушение проходимости пищевода), анорексия, икота, задержка мочеиспускания, парезы ЖКТ, запоры или поносы,

метеоризм; лабильность пульса и АД, акроцианоз, бледность или гиперемия кожи, головокружения, обмороки, боли в области сердца; субфебрилитет; викарные кровотечения из неповрежденных участков кожи, дисменструации; половые нарушения, ложная беременность.

V. Речевые расстройства: истерическое заикание, афония (в отличие от органической афонии, кашель остается звучным), афазия, сурдомутизм (в отличие от кататонического мутизма, истерик стремится к пантомимическому и письменному контакту).

VI. Сложные (сочетанные) расстройства: одержимость, летаргия.

Тошнота и рвота

Тошнота и рвота — неприятные субъективные ощущения, которые знакомы практически каждому человеку. Они вызываются разнообразными причинами и включают сложные физиологические и биологические механизмы. Тошнота и рвота могут быть ранним признаком заболевания, отравления или осложнения, связанного с хирургическим вмешательством и наркозом, а также изменения психического статуса больного. С проблемой тошноты и рвоты встречаются врачи всех клинических специальностей у взрослых и детей как в условиях стационара, так и в поликлинике, в стационаре одного дня, стоматологическом или косметологическом кабинетах. Однако более частыми являются тошнота и рвота как осложнение после хирургических операций и наркоза.

В эпоху мононаркоза эфиром или хлороформом частота послеоперационной рвоты достигала 75—80%. Часто она была неоднократной, что вызывало опасения развития фатальных осложнений в виде аспирации рвотных масс, расхождения швов анастомоза, швов передней брюшной стенки, эвентрации, кровотечения, повышения внутричерепного давления, отека мозга, осложнений после операций на глазном яблоке.

В последние годы в анестезиологической практике стали шире применяться новые ингаляционные и неингаляционные анестетики, новые методики общей и местной проводниковой анестезии, и частота послеоперационной тошноты и рвоты значительно снизилась и составляет 20—30%. Однако проблема профилактики послеоперационной тошноты и рвоты еще далека от полного разрешения.

Патофизиологические механизмы тошноты и рвоты

На данном этапе развития медицинской науки врач должен знать основные патофизиологические механизмы тошноты и рвоты, предпринимать меры профилактики и лечения этого осложнения, создавать пациентам комфортные условия для выздоровления.

Физиология рвоты

Рвота — это рефлекторный акт форсированного извержения содержимого желудка через рот, возникающий на фоне спазма привратника, расслабления дна желудка и кардиального жома пищевода при одновременном мощном толчкообразном сокращении брюшных мышц, опущении диафрагмы и повышении внутрибрюшного давления. Обычно рвоте предшествует фаза предизвержения, которая состоит из симптомов вегетативного и соматического компонентов: тошноты, появления комка в горле, тягостного ощущения в эпигастрии, рефлюкса из двенадцатиперстной кишки в желудок, слюнотечения, появления бледного «носогубного треугольника», тахикардии, расширения зрачков, потливости. Рвотные позывы характеризуются ритмичными синхронными движениями диафрагмы, брюшных и наружных межреберных мышц, в то время когда рот и голосовая щель остаются закрытыми. В фазе постизвержения сохраняются признаки вегетативных и висцеральных реакций, которые постепенно утихают и возвращают пациента в состояние покоя с остаточной тошнотой или без нее. В ряде случаев после рвоты тошнота

прекращается. Таким образом, в сложный акт рвоты вовлечена координированная работа группы дыхательных, желудочно-кишечных и брюшных мышц.

Такая координация контролируется центром рвоты. Центр рвоты расположен в латеральной части ретикулярной формации вблизи tractus solitarius. Сюда направляются все афферентные потоки из глотки, желудочно-кишечного тракта, средостения, из зрительного бугра, вестибулярного аппарата VIII пары ЧМН и триггерной (пусковой) зоны хеморецепторов, которая располагается в area postrema ствола мозга. Эта зона охвачена богатой сетью капилляров с обширными периваскулярными пространствами, не имеющими эффективного гематоэнцефалического барьера, и триггерная зона хеморецепторов может быть активизирована химическими стимулами как через кровь, так и через ликвор. Рвотный центр возбуждается также при непосредственном давлении на него опухолью головного мозга или через кровь, например при подкожном введении апоморфина, а также при накоплении в крови различных продуктов метаболизма, при экзо- и эндотоксикозе и аутоинтоксикации (гиперазотемия, кетоацидоз, гипоксия, нарушения метаболизма, гипотония и др.). Таким образом, раздражения из различных областей ЦНС могут воздействовать на рвотный центр. Рвотный центр возбуждается также от афферентных импульсов, исходящих из слизистой оболочки желудка через чувствительные нервные окончания блуждающего нерва или от рецепторного аппарата глотки через языкоглоточный нерв. Кроме того, афферентные импульсы могут возникать из вестибулярного аппарата через нервные окончания слухового нерва, особенно при индивидуальной слабости этого аппарата в случаях укачивания в транспорте. Известно, что область area postrema ствола мозга богата допаминовыми, опиоидными, серотониновыми (5-HT3) рецепторами. Область ядра nucleus tractus solitarius богата энкефалинами, гистаминовыми и мускариновыми рецепторами, которые играют важную роль в трансмиссии импульсов в рвотный центр. Стимулы могут возникать в различных областях центральной нервной системы. Однако пусковым фактором развития тошноты и рвоты является непосредственное раздражение хеморецепторов триггерной зоны area postrema, которые через эфферентные механизмы передачи реализуют акт рвоты. Таким образом, легко предположить, что избирательная блокада этих рецепторов является функцией многих известных и применяемых ныне противорвотных средств.

Факторы, способствующие возникновению тошноты и рвоты

К факторам, оказывающим влияние на развитие тошноты и рвоты, относят некоторые особенности самого пациента, основную или сопутствующую патологию, характер оперативного вмешательства или диагностической манипуляции и их локализацию, фармакологическую характеристику медикаментозных средств, вид и характер анестезии. Из факторов, относящихся к самому пациенту, необходимо учитывать возраст и пол. Рвота чаще возникает у детей, особенно в подростковой возрастной группе (10—14 лет), с увеличением возраста частота рвоты снижается. Отмечено, что частота рвоты после операции у мужчин ниже, чем у женщин. Вместе с тем отмечено, что частота тошноты и рвоты повышается у женщин в период менструального цикла. Необходимо также обращать внимание на анамнестические данные у пациентов, страдающих синдромом «укачивания».

У них, по-видимому, снижен порог чувствительности рецепторов вестибулярного аппарата и сохранилась «привычная» рефлекторная дуга рвотного рефлекса.

Роль нервной системы в возникновении рвоты

Каждому врачу необходимо учитывать также тип нервной системы больного и степень выраженности его вегетативных реакций. Хорошо известно, что у возбудимых, лабильных и беспокойных пациентов частота тошноты и рвоты выше, чем у спокойных и

уравновешенных. Замечено также, что у беспокойных пациентов, имеющих более высокий уровень катехоламинов и серотонина, развивается аэрофагия, что вызывает увеличение воздушного пузыря в желудке и приводит к раздражению рецепторного аппарата. Психогенная тошнота и рвота — закрепившийся патологический условный рефлекс, являющийся реакцией организма на неблагоприятные раздражители.

Наиболее сильное ощущение тошноты наблюдается по утрам, при волнении, при колебании метеоусловий. Этому предшествуют нарушение сна, аппетита, усталость.

Вегето-соматические симптомы, сопутствующие рвоте

Рвота возникает по утрам и сопровождается похуданием, сердцебиением, головокружением. Имеется также положительная связь между частотой тошноты и рвоты и ожирением. Это объясняется целым рядом факторов.

Одним из них является повышение внутрибрюшного давления, компрессия желудка, развитие рефлюкса, эзофагита и несостоятельности пищеводного жома. Другими факторами могут быть условия операции и наркоза, наличие сопутствующих заболеваний желчного пузыря, высокое стояние диафрагмы, расстройства дыхания в ближайшем послеоперационном периоде. Необходимо также учитывать исходную гипотонию желудка, что можно наблюдать у беременных женщин, начиная с 23-й недели беременности в связи с гормональной перестройкой (снижение продукции гастрина и повышенная продукция прогестерона). Кроме того, необходимо выяснять у пациентов наличие расстройств функции ЖКТ, изжоги, срыгиваний, спастических болей, парезов и атонии кишечника. Последние могут быть следствием исходной нейропатии (сахарный диабет, гиперазотемия, раковая кахексия).

Факторы, связанные с хирургическим вмешательством

Известно, что частота тошноты и рвоты во многом зависит от характера и локализации оперативного вмешательства. Наивысшая частота рвоты отмечается при эндоскопических операциях на яичниках при переносе яйцеклетки (54%), а также после лапароскопии (35%), при операциях на среднем ухе и отопластике, после операций на мышцах глазного яблока при косоглазии. Частые случаи рвоты отмечены в урологии (литотрипсия, эндоурологические вмешательства на мочевом пузыре и уретре), в абдоминальной хирургии (холецистэктомия, резекция желудка, операции на поджелудочной железе). Причиной тошноты и рвоты в этих случаях служит афферентная импульсация из зоны хирургического вмешательства в триггерную зону хеморецепторного аппарата area postrema с последующим возбуждением рвотного центра.

Факторы, связанные с проведением наркоза

Отмечена прямая связь между частотой рвоты и продолжительностью операции и наркоза. Большинство лекарственных и анестезиологических средств обладает потенциальным рвотным действием, а при увеличении продолжительности анестезии обычно увеличивается общая доза седативных и наркотических средств, возрастает возможность их токсического действия на весьма чувствительный рецепторный аппарат триггерной зоны. Многие манипуляции в настоящее время проводятся с использованием местных анестетиков с применением внутривенных седативных препаратов, частота тошноты и рвоты при которых значительно ниже. Однако частота тошноты и рвоты при этом может зависеть от характера хирургической операции, манипуляции.

Известно, что причиной послеоперационной рвоты часто является висцеральная боль. Облегчение боли ведет часто и к устранению тошноты. Вместе с тем после операции возможна артериальная гипотензия и гиповолемия, которые вызывают головокружение, пошатывание, дискоординацию, особенно при перемещении тела, при перекладывании пациента с операционного стола или каталки на кровать, что вызывает тошноту и рвоту,

которые часто опосредуются через блуждающий нерв. В этих случаях тошнота и рвота исчезают при коррекции гиповолемии и гипотензии, а также с применением вазопрессоров, атропина.

Запоры и поносы

Особенности запоров

Запор — это состояние, при котором дефекация происходит реже 3 раз в неделю; как минимум каждая четвертая дефекация затруднена, и как минимум при каждой четвертой дефекации каловые массы твердые.

Классификация запоров

- Ослабленная перистальтика, или атония толстой кишки, приводящая к копростазу;
- нарушения дефекации из-за дисфункции тазового дна и сфинктеров заднего прохода;
- синдром раздраженной кишки, для которого характерен нормальный пассаж содержимого по толстой кишке. Этот диагноз ставится методом исключения.

Причины запоров

I. Функциональные — ослабленная перистальтика, дисфункция тазового дна, неправильное питание, малоподвижный образ жизни.

II. Нейрогенные — инсульт, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоль спинного мозга, болезнь Гиршспрунга.

III. Эндокринные — гипотиреоз, гипокальциемия, сахарный диабет.

IV. Медикаментозные — наркотические аналгетики, препараты железа, антацидные средства, антидепрессанты, гипотензивные средства.

V. Обструктивные — опухоль, дивертикулит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заворот кишок, эндометриоз.

VI. Внутренние болезни — системная склеродермия, почечная недостаточность, амилоидоз.

Диагностика и лечение запоров

В первую очередь исключают механическую непроходимость кишечника — опухоли, спайки, грыжи и т. д. Анамнез позволяет исключить большинство перечисленных причин. Объемное образование прямой кишки, каловые камни, трещину заднего прохода исключают при физикальном исследовании. Проводят обзорную рентгенографию органов брюшной полости и ирригоскопию. Каловые камни, заполняющие толстую кишку, выглядят как гомогенные затемнения. Обращают внимание на дефекты заполнения, локальное вздутие кишки, мегаколон.

Определяют уровень калия, кальция, трийодтиронина и тиреотропного гормона в сыворотке. Назначают средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (семя подорожника по 1 ч. л. 3 раза в день). Рекомендуют увеличить потребление клетчатки (20—30 г в сутки) и жидкости. Больного наблюдают в течение месяца. Если эти меры неэффективны, исследуют эвакуаторную функцию кишечника. На время исследования отменяют слабительные. Больной заглатывает капсулу Зицмарка, содержащую 20 рентгеноконтрастных колец. Обзорные снимки брюшной полости делают на следующие и на 4—5-е сутки.

Оставшиеся в кишечнике и беспорядочно разбросанные кольца означают ослабленную перистальтику, или атонию толстой кишки. Назначают метоклопрамид (по 10 мг 3 раза в сутки). Скопление колец в одном участке кишки означает либо сегментарные нарушения моторики, либо нарушения дефекации (трещина заднего прохода, спазм лобково-прямокишечной мышцы).

Спазм лобково-прямокишечной мышцы лечат методами биологической обратной связи. Для исключения болезни Гиршспрунга проводят биопсию прямой кишки. Уточнить диагноз можно с помощью ректальной манометрии, при которой используют заполненный воздухом баллончик, соединенный с тензодатчиком. Для исключения ректоцеле (выпячивания передней стенки прямой кишки в сторону влагалища) проводят дефекационную проктографию. Ректоцеле требует хирургического вмешательства.

Особенности поносов. Основные причины поносов

I. Секреторные — резекция, заболевание или выключение большого участка подвздошной кишки; карциноидный синдром, гастринома, випома, медуллярный рак щитовидной железы, ворсинчатая опухоль прямой кишки.

II. Осмотические — дисахаридозная недостаточность, использование гиперосмолярных смесей при искусственном питании, недостаточность экзокринной функции поджелудочной железы, целиакия, болезнь Уиппла, абеталипопротеидемия, синдром укороченной кишки.

III. Воспалительные — болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, лучевой энтерит.

IV. Механические — частичная непроходимость кишечника (спайки, опухоли, каловые завалы).

V. Инфекционные — вирусы, бактерии, простейшие. Самая частая причина поноса — вирусный гастроэнтерит; в этом случае обычно заболевают другие члены семьи и люди, находившиеся с больным в тесном контакте.

Клиническая картина поносов

Хронический (длящийся более 1 месяца), или рецидивирующий, понос с болями в животе и кровянистым стулом характерен для неспецифического язвенного колита. Острый кровавый понос, сопровождающийся болью, бывает при бактериальных кишечных инфекциях (Shigella spp., Salmonella spp., Vibrio parahemolyticus) и обусловлен некрозом слизистой. У больного, недавно вернувшегося из дальней поездки, понос может быть вызван Giardia lamblia, Bacillus cereus, Salmonella spp., Esherihia coli или Entamoeba histolytica (диарея путешественников). Лечение антибиотиками нередко приводит к возникновению псевдомембранозного колита, обусловленного Clostridium difficile.

Функциональные запоры и поносы

Жалобы на это встречаются часто. Чаще встречаются запоры (стул реже 2-х раз в неделю). Таких больных бывает до 50%. Дандбар (США) указывает, что одной из причин являются несчастливые браки (афферентные расстройства). Легко они возникают у лиц, склонных к ипохондрии, а также у истероидных пациентов. Поносы возникают при аффекте, при ожидании неблагоприятных событий. Они являются универсальной реакцией организма на трудности. Хронические неврологические поносы длятся годами, не поддаются лечению. Расцениваются врачами как хроническая дизентерия.

Сопровождаются астенизацией, нарушением МЦ, сосудистыми нарушениями.

Диагностика

При пальцевом исследовании прямой кишки исключаются каловые завалы. Рентгенография органов брюшной полости позволяет выявить частичную непроходимость кишечника, обусловленную спайками или опухолью. С помощью колоноскопии можно оценить состояние слизистой, провести биопсию и получить содержимое толстой кишки для посева.

Лечение

Инфузионная терапия: используют раствор Рингера с лактатом, в который добавляют калий (20 мгэкв/л). В зависимости от имеющихся электролитных нарушений в раствор вносят другие добавки. Как правило, инфузионная терапия необходима при метаболическом ацидозе с гипокалиемией. Устранение механических причин: при частичной непроходимости кишечника может потребоваться удаление опухоли или рассечение спаек. При осмотическом поносе назначают тилактазу, исключают из рациона осмотически активные пищевые добавки. Эффективны дифеноксилат и лоперамид. При недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы назначают анкреолипазу во время каждого приема пищи.

Расстройства аппетита

С латыни это слово переводится как стремление или желание. Аппетит — это эмоциональное выражение предпочтения человеком пищи определенного качества (стремление к определенной пище). Аппетит субъективно отличается от чувства голода. Возникновение чувства голода базируется на общей потребности организма в питательных веществах и обычно переживается как неприятное состояние.

Возникновение аппетита и факторы, на него влияющие

Аппетит возникает на основе пищевой потребности, связанной с представлениями о будущем приеме пищи, и включает приятные эмоциональные ощущения, которые обычно сопровождают прием той или иной пищи. Аппетит формируется в результате возбуждения определенных отделов центральной нервной системы (в том числе и центра голода в гипоталамусе) и сопровождается условно-рефлекторным слюноотделением и выделением пищеварительных соков, усилением перистальтики желудочно-кишечного тракта, подготавливая тем самым органы пищеварения к приему пищи.

У аппетита прослеживается связь с физиологическими потребностями организма, как, например, в случае тяги к соленой пище после потери организмом значительных количеств соли. Но такая связь прослеживается отнюдь не всегда, нередко аппетит отражает врожденную или приобретенную индивидуальную склонность к определенным продуктам питания.

Так, предпочтение, как и отвращение (часто очень стойкое) к некоторым другим видам пищи, определяется доступностью данного ее варианта в конкретном регионе и модифицируется особыми чертами индивидуальной культуры, обычно уходящими корнями в религию, хотя впоследствии может рационализироваться. В свете этого «аппетитность» блюда, к основным элементам которой относятся запах, вкус, консистенция, температура, способ приготовления и сервировки, сильно зависит от нашего аффективного (эмоционального) отношения к нему.

Под влиянием сильных внешних стимулов, например особо соблазнительного и обильного выбора блюд, практически каждый время от времени съедает больше, чем ему требуется для восполнения запасов энергии.

Значит, биологические механизмы регулирования потребления пищи преодолеваются. Переедание компенсируется последующим ограничением питания, однако в современном обществе к ограничению прибегает далеко не каждый.

Снижение аппетита может быть связано с переутомлением, нервной обстановкой на работе и дома. Выраженная избирательность аппетита нередко наблюдается у женщин во время беременности, у больных.

Нарушения аппетита при различных заболеваниях

Изменение аппетита может сопровождать различные заболевания. Следует также отметить важное место питания при нарушениях поведения. Они могут сопровождаться как избыточным потреблением пищи, так и отказом от нее. Яркий тому пример — нервная анорексия — форма воздержания от пищи, наиболее обычная у девочек в подростковом периоде; это нарушение развития психики может быть настолько глубоким, что приводит к смерти от истощения. Расстройства аппетита отмечаются у 40% больных при невротическом состоянии. При усилении симптоматики эта патология встречается уже у подавляющего большинства больных.

Анорексия

Термин «анорексия» означает отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании. Это обычный симптом нарушений в желудочно-кишечном тракте или эндокринной системе. Также она типична при сильных психических нарушениях. Этот симптом наблюдается при беспокойстве, хронических болях, плохой гигиене ротовой полости, повышении температуры тела из-за жары или лихорадки, смене вкусов, часто сопровождающих взросление или старение. Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Кратковременная анорексия практически не угрожает здоровью пациента. Однако при длительной анорексии снижается сопротивляемость организма и повышается восприимчивость к различным заболеваниям. Хроническая анорексия может вылиться в опасное для жизни истощение. У детей раннего возраста анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма.

Возможные причины анорексии

Нарушения в эндокринной системе. Аденокортикальная гипофункция. При этом нарушении анорексия развивается медленно и вяло, вызывая постепенную потерю веса.

Гипопитуитаризм (недостаточность функции гипофиза или гипоталамуса). В этом случае анорексия также развивается медленно. Сопутствующие симптомы варьируются в зависимости от степени болезни, а также от числа и типа недостающих гормонов.

Микседема. Анорексия — обычно признак недостатка гормонов щитовидной железы.

Кетоацидоз. Анорексия развивается, как правило, медленно, сопровождается воспалением и сухостью кожи, фруктовым запахом изо рта, снижением артериального давления, учащением пульса, болью в животе и тошнотой.

Заболевания желудочно-кишечного тракта. Аппендицит. Анорексия сопровождается общей или локальной болью в животе, тошнотой и рвотой.

Цирроз печени. Анорексия развивается на ранних стадиях и может сопровождаться слабостью, тошнотой, рвотой, запором или поносом, тупой болью в животе. Анорексия

продолжается после проявления этих ранних признаков, которые дополняются сонливостью, замедленной речью, сильным зудом, кровотечениями, сухостью кожи, увеличением печени, желтухой, отеком ног и болью в правом подреберье. Хроническая анорексия при болезни Крона приводит к значительной потере веса.

Гастрит. В случае острого гастрита анорексия развивается внезапно, а при хроническом гастрите — постепенно.

Гепатит. При вирусном гепатите анорексия развивается на начальной стадии заболевания и сопровождается утомляемостью, недомоганием, головной болью, болью в суставах и в горле, светобоязнью, кашлем, ринитом, тошнотой и рвотой, увеличением печени. Анорексия может возникать и на последующих этапах, приводя к потере веса на фоне темной мочи, желтухи, боли в правом подреберье и, возможно, раздражительности и сильного зуда. При невирусном гепатите анорексия и сопутствующие ей признаки те же, что и при вирусном, но могут варьироваться в зависимости от причины гепатита и степени повреждения печени.

Заболевания мочеполовой системы. Хроническая почечная недостаточность. Обычно сопровождается хронической анорексией и, что очень важно, изменениями всех функций организма.

Другие заболевания. Злокачественная анемия. При этом заболевании сопутствующая анорексия может привести к значительной потере веса. Рак. Хроническая анорексия наблюдается наряду с возможной потерей веса слабостью, апатией и общим истощением. Психические нарушения. Алкоголизм. Обычно сопровождается хронической анорексией, приводящей в конце концов к истощению. Анорексия невроза. Постепенно развивающаяся хроническая анорексия приводит к опасному для жизни истощению, атрофии скелетных мышц, потере жировой ткани, запорам, аменорее, сухости кожи, нарушениям сна, изменению облика, одышке и снижению полового влечения. Парадоксально, но человек при этом сохраняет повышенную возбудимость и тонус, активно занимается физическими упражнениями.

Депрессивный синдром. В этом случае анорексия наблюдается наряду с одышкой, неспособностью сконцентрироваться, нерешительностью, бредом, бессонницей, частой сменой настроения и постепенной социальной деградацией.

Лекарственные препараты и процедуры. Анорексия развивается в результате употребления амфетамина, как, в принципе, и других психостимуляторов, в том числе и кофеина, препаратов химиотерапии, симпатомиметиков (например, эфедрина) и некоторых антибиотиков. Анорексия также может свидетельствовать об интоксикациях (отравлениях, вызванных действием на организм токсических веществ, попавших в него извне или образовавшихся в самом организме). Анорексию может вызывать лучевая терапия в результате нарушений метаболизма. Увеличение уровня глюкозы в крови в результате внутривенного вливания растворов, может, также привести к анорексии. Больные не получают удовольствия от пищи, испытывают к ней отвращение с развитием тошноты и рвоты.

Психогенная анорексия

Иногда возникает психогенная анорексия. Больные доходят до крайнего истощения. Встречается на фоне астенической артериальной гипотензии. Может наблюдаться увеличение веса, что свидетельствует о снижении основного обмена. Чаще это встречается при выраженной гиподинамии. Лицо становится одутловатым, рыхлым и т. д. Это патологическое состояние, проявляющееся в сознательном ограничении пищи в целях похудания. Возникает у подростков 15 лет и старше, чаще у девушек. Появляется навязчивое представление об избыточной полноте и необходимости похудеть. Для достижения этой цели больные ограничивают себя в еде вплоть до полного отказа от пищи, применяют интенсивные физические упражнения, ходьбу или бег на длинные

дистанции, принимают большие дозы слабительных и мочегонных средств. При невозможности вынести длительное голодание больные едят и даже объедаются, но вызывают искусственную рвоту. Вначале аппетит не нарушается, временами появляется чувство голода, в связи с чем возникают эпизоды периодического переедания.

Быстро падает вес, появляются психические расстройства; колебания настроения от «плохого к хорошему» (из крайности в крайность), навязчивое стремление рассматривать себя в зеркале и т. д. Нервная анорексия очень тесно связана с другой патологией — дисморфоманией (это расстройство более глубокое, психотического уровня, когда болезненная убежденность в наличии воображаемого физического недостатка приобретает сверхценный или бредовой характер, т. е. не поддается коррекции и сопровождается отсутствием критики со стороны больного). Болезненное убеждение в излишней полноте приводит больных к мысли избавиться от этого недостатка. Это убеждение может возникать на реальной почве, то есть при наличии определенного избыточного веса; как правило, оно бывает психогенного характера (обидные замечания в адрес больной : «толстая, как бочка», «жирная», «есть надо меньше» и т. п.). В других случаях полнота является мнимой, и мысль о похудании носит сверхценный или бредовой характер, а само состояние является начальным этапом в развитии шизофрении. Поначалу больные очень тщательно скрывают от родителей как мотивы своего поведения, так и способы похудания.

Они пытаются накормить своей порцией еды собаку, прячут еду, а потом выбрасывают, незаметно перекладывают пищу в чужие тарелки. Пытаются придерживаться самых малокалорийных диет. Даже достигнув значительной потери веса, не бывают этим удовлетворены. Упорно продолжают худеть, используя другие методы (клизмы, слабительные, изнуряющие физические нагрузки). Через 1,5—2 года болезни теряют от 20 до 50% прежней массы тела и выглядят крайне истощенными. Самым типичным проявлением нервной анорексии является аменорея (отсутствие месячных), проявляющаяся либо сразу, либо после периода скудных и редких менструаций. Такие больные по настоянию родителей обращаются к гинекологам, не зная об истинной причине нарушения менструального цикла. Избавиться от этого поможет только правильное питание и прибавка в весе до определенной критической величины (обычно 48—50 кг).

Для таких больных типично стремление перекармливать других членов семьи: мать, младших братьев и сестер. Они получают большое удовольствие, наблюдая, как другие едят и прибавляют в весе (как вылечившийся алкоголик получает удовольствие, спаивая других и наблюдая их в состоянии опьянения). Нервная анорексия наиболее часто встречается в рамках пограничных нервно-психических расстройств как проявление невроза или невропатии, но может быть отнесена и к самостоятельной форме психических нарушений.

Особенности личности больных анорексией

Преморбидные особенности личности больных нервной анорексией довольно типичны и могут быть разделены на 2 группы. В одних случаях преобладают истерические черты с эгоцентризмом, повышенной самооценкой, высоким уровнем притязаний. В других, более распространенных случаях характерны психастенические черты: тревожность, неуверенность в себе, склонность к сомнениям, стеснительность. Общими являются пунктуальность, аккуратность, упрямство, неспособность к самостоятельному принятию решений, психический инфантилизм, чрезмерная привязанность к матери.

Большинство больных в детстве отличались повышенным весом, что служило поводом к насмешкам со стороны сверстников. Только в подростковом возрасте, в период осознания собственных дефектов, повышенного интереса к своей внешности начали

появляться мысли о своей неполноценности, часто снижалось настроение, периодически возникали мысли о необходимости исправить фигуру. У больных возникает убежденность в наличии физического недостатка, носящая характер сверхценной идеи. Иногда эта убежденность носит навязчивый характер. Этот период относится к ситуационно обусловленному, но постепенно психотравмирующая ситуация становится более значимой, появляются попытки ограничения себя в еде, вначале эпизодические.

Возникают дисморфии (мысли об избыточном весе, полноте), идеи отношения, связанные с тем, что их полнота вызывает насмешки или недовольство окружающих. Свои неудачи в личной и общественной жизни больные связывают именно с этим недостатком. Второй этап — период активной коррекции излишней полноты, который и является собственно аноректическим.

Развитие нервной анорексии

Нервная анорексия развивается на фоне резидуально-органического поражения ЦНС (преимущественно диэнцефальной области) при конфликтном прохождении пубертатного периода (боязнь роли женщины). Наблюдается при подавляющей материнской гиперопеке или подавленной матери, неудовлетворенной своим положением в семье. При этом девочка реализует неосознанное желание путем ограничения пищи избежать созревания организма, отказаться от роли женщины. Одновременно разыгрывается пубертатный протест против родителей (амбивалентность).

Больные ограничивают общение, сторонятся людей, недовольны, если кто-нибудь к ним заходит. Стойкая убежденность в наличии у них повышенного веса может приводить к индуцированию кого-нибудь из домашних, поддерживающих их в этом, особенно на начальном этапе. Характерной особенностью нервной анорексии является диссимуляция, стремление скрыть свои переживания от близких. Родители узнают о заболевании спустя значительное время (0,5—1 год). Своеобразие поведения больных, склонность к уединению приводят к тому, что вначале дети пропускают уроки физкультуры, а затем и школу, что ошибочно трактуется как школьная фобия, школьный невроз.

Характерны симптомы зеркала (больные подолгу рассматривают себя в зеркале, находя подтверждение уродства своей фигуры) и фотографии (больные предъявляют свою фотографию как доказательство правоты. По этой же причине они отказываются фотографироваться).

Постепенно больные все более значительно начинают ограничивать себя в пище. Часто это начинается как диета при небольшом избыточном весе или, что прогностически значительно хуже с точки зрения дебюта шизофрении, даже при нормальном весе. Отдается предпочтение низкокалорийной еде. Наблюдается выработка ритуалов при приеме пищи: маленькие кусочки, длительная медленная еда. Ограничение в еде достигается упорной борьбой с чувством голода, больные находятся в постоянном психическом напряжении, что еще более углубляет конфликтные отношения с близкими. Отказываясь от еды, больные проявляют большой интерес к кулинарным рецептам, им нравится готовить, кормить близких, особенно калорийной пищей — пирогами, тортами. Несмотря на телесную слабость, проводятся изматывающие физические упражнения.

Типичны злоупотребления мочегонными и слабительными, самовызывание рвоты после «атак аппетита», жесткое, грубое, конфликтное сопротивление попыткам родителей расширить диету. Нарастают сужение интересов, забвение интересов семьи. Извращенное восприятие тела выражается страхом быть «толстым», несмотря на худобу. Чувство радости и успокоения переживается только при снижении массы тела. При этом нет органических заболеваний, но нарастают соматоэндокринные нарушения, занимающие доминирующее положение в третьем периоде болезни, называемом кахектическим. Он характеризуется значительным исхуданием, кахексией, лануго, запахом ацетона изо рта,

вторичными гастритом и колитом, аменореей, гипотонией, брадикардией, гипогликемией, гипопротеинемией, лейкопенией. Активность трансаминаз повышена, повышены показатели билирубина и альбумина плазмы.

Отказ от еды обусловливается уже не только фобически-дисморфическими причинами, но и страхом неприятных ощущений, вызываемых приемом пищи (тяжесть в желудке, боли, изжога, отрыжка). На этом этапе пациенты нередко ошибочно наблюдаются у гастроэнтерологов или эндокринологов.

Признаки нервной анорексии

Признаками нервной анорексии могут быть поредевшие волосы, ломкие ногти, сухая кожа, слабый пульс, поверхностное дыхание, депрессия, излишняя обеспокоенность своим весом, пониженная температура тела и низкое давление. Лечением этого заболевания надо заниматься непременно, чтобы избежать истощения и не спровоцировать воспалительных гинекологических заболеваний и бесплодия. Нервная анорексия — заболевание, сопровождающееся резким снижением массы тела вследствие добровольного отказа от приема пищи. Название болезни не совсем правильное, т. к. аппетит при этом состоянии сохранен и даже повышен, но больные стараются достичь снижения веса большой физической нагрузкой (бег, длительная ходьба, иногда до 20 км в день), приемом слабительных или искусственно вызываемой рвотой сразу после приема пищи.

Нервная анорексия сочетается с глубоким нарушением психики, некоторые авторы относят ее к преморбидной стадии шизофрении. Показано, что лица, страдающие нервной анорексией, родились от родителей пожилого возраста, как правило, хорошо обеспеченных. Потеря веса приводит к нарушению секреции гормонов передней долей гипофиза, в первую очередь гонадотропинов. Нарушения менструального цикла и аменорея являются первыми признаками заболевания. Гипогонадотропный гипогонадизм у больных подтверждается низким содержанием эстрадиола в сыворотке крови. Уровень кортизола и соматотропного гормона в сыворотке крови повышен, а содержание Т3 снижено при нормальной концентрации ТТГ и Т4. Если еще 30 лет тому назад считали, что заболевание встречается только у лиц женского пола, то в последнее время имеется большое количество работ, посвященных этой патологии и у мальчиков.

Нами также опубликованы собственные наблюдения об особенностях течения нервной анорексии у мальчиков. Причина такого «смертельного поста» — болезненное стремление подогнать свое тело под современные стандарты красоты.

Встречается анорексия немногим реже, чем сахарный диабет или рак желудка. По данным медстатистики, из каждой тысячи молодых людей анорексией страдает от 3 до 10 человек. И в 7—20% случаев расстройство заканчивается весьма плачевно. Количество заболеваний, связанных с пищевыми расстройствами, заметно снизилось за последние 10 лет.

Булимия сократилась на 2,1% у женщин и на 7% среди мужчин. Страдающих обжорством стало на 10% меньше как у мужчин, так и у женщин, но все же 70% молодых женщин все еще стремятся похудеть (данные исследования, проведенного в Дартмуте). Психиатры и эндокринологи дают такое определение нервной анорексии: патологическое пищевое поведение, выражающееся сознательным отказом от еды с целью коррекции внешности, приводящее к выраженным эндокринным и соматическим нарушениям. Считается, что этот недуг является расстройством подросткового созревания, поскольку чаще всего им страдают девушки-подростки. К сожалению, головокружительные карьеры топ-моделей «срывают крышу» не только у нимфеток.

Исторический аспект нервной анорексии

Историки от медицины утверждают, что явление нервной анорексии уходит корнями в раннее Средневековье и связано с культом поста и аскетизмом. В 1697 году Мортон впервые описал случай заболевания восемнадцатилетней девушки, у которой сначала наблюдалось подавленное настроение, затем пропал аппетит, а потом больная стала вызывать у себя рвоту и перестала следить за своим внешним видом. Финалом заболевания была крайняя степень истощения и затем смерть. Не подумайте, что Мортон был каким-то монстром, который сознательно ничего не делал для спасения девушки и хладнокровно наблюдал за тем, как она гибнет. Даже современная медицина не всегда способна помочь таким пациентам.

Прошло несколько веков, прежде чем исследователи более или менее разобрались в причинах анорексии. В 30-е годы прошедшего столетия немецкие ученые предложили новый термин для сознательного отказа от приема пищи — «magersucht», что означает страсть к истощению. В 60—70-е годы медики стали обращать внимание на растущее число случаев магерзухта среди мужчин. А к 90-м эта болезнь уже вовсю захлестнула США и Западную Европу.

Клиническая картина и причины нервной анорексии

До сих пор ни медики, ни психологи не пришли к единому мнению по поводу причин возникновения нервной анорексии. Западные психиатры трактуют ее с позиций фрейдизма как «бессознательное бегство от сексуальной жизни», «стремление вернуться в детство», «отказ от беременности», «фрустрацию оральной фазы» и т. д. Противники психоанализа утверждают, что причина заключается в нарушении тончайших биохимических процессов головного мозга. «Поведенческие» психологи скажут, что виноват во всем шоу- и медиабизнес, культивирующий «худосочных идолов». Истина, как всегда, где-то посередине.

Этапы формирования нервной анорексии

Несмотря на споры по поводу происхождения заболевания, клиническая картина этой напасти описана достаточно хорошо. На первом этапе расстройства формируется дисморфомания, о которой уже говорилось в публикациях раздела. Человек испытывает беспокойство по поводу того, что он слишком толстый или некрасивый и т. п. На втором этапе болезни развивается снижение аппетита вплоть до его полного отсутствия. При этом больной критически не осознает свой недуг и убежден, что с ним все в порядке. Постепенно потеря массы тела достигает 25% и более от исходной. У женщин прекращаются менструации. В результате голодания в эндокринной системе происходят серьезные сбои.

На третьем этапе формируется кахексия — полное истощение организма. Теперь уже от любительницы красоты, которая становится похожей на высушенную мумию, мало что зависит. Возникшие нарушения под силу исправить только с помощью внутривенных вливаний и питания через зонд (резиновая трубка, которую проводят прямо в желудок). Далеко не всегда удается выкормить пациентку. На этой стадии болезни люди чаще всего погибают от банальной инфекции, которая для ослабленного организма означает смерть. Если же пациента удается спасти, то следующим этапом лечения становится длительное общение с психиатром.

Вернемся к изменчивой моде. Резко участившиеся случаи заболевания нервной анорексией ученые объясняют распространением популярности суперстройной фигуры. Причем идеалы красоты давно уже перешагнули грань между физиологической нормой и нездоровьем.

Американские ученые, исследуя массо-ростовой показатель участниц конкурса «Мисс Америка» за последние 78 лет, обнаружили, что в первые десятилетия существования конкурса этот показатель практически всегда укладывался в нормальный

диапазон (20—25), однако во второй половине века соотношение массы и роста участниц шоу стало неуклонно приближаться к критической отметке 18,5. Последняя, согласно критериям, разработанным экспертами ВОЗ, уже однозначно соответствует дистрофии.

Лечение

При резком похудании необходимо стационарное лечение, так как существует реальная угроза жизни от истощения и грубых обменно-эндокринных расстройств. Необходимо назначить дробное 6—7-разовое питание небольшими порциями под присмотром персонала, введение в рацион разнообразных блюд, у детей грудного возраста обеспечить нормализацию прикармливания. Назначают витамины, небольшие дозы инсулина и препаратов, повышающих аппетит. При тяжелых истощениях показаны поливитамины, гормоны. При невротическом характере анорексии показаны транквилизаторы, малые дозы нейролептиков, психотерапия разъяснительного характера о вреде голодания и последствиях болезни с переориентацией ценностей, а в ряде случаев — гипноз. Для лечения анеректического синдрома при шизофрении большое значение придается нейролептикам. Препараты и их дозировки подбирают индивидуально с учетом переносимости и тяжести состояния. В некоторых случаях применяют искусственное питание с введением питательных растворов в вену.

Булимия

Булимия (обжорство) — это прямо противоположная болезнь, которая, как и нервная анорексия, относится к разряду пищевых расстройств, входящих в синдром депрессии. Пациенты с пищевыми расстройствами могут впадать из одной крайности в другую, то есть страдать то нервной анорексией, то булимией.

Причины булимии

Психологическая «пустота» является общим признаком всех этих расстройств. Одна из причин чувства пустоты — одиночество. Любые отношения рано или поздно заканчиваются, не существует пожизненной гарантии. Разлука — это особое переживание, через которое проходят все, которое заставляет задуматься о смысле жизни и смерти. Женщина, утратившая близкого человека сейчас или когда-то в прошлом, остро переживает это расставание и пытается «заесть» свои слезы, набить эту пустоту чем-то вкусным и приятным. Видимо, поэтому известный психотерапевт Ирвин Ялом назвал булимию «оргазмом в холодильнике». Булимия — это нарушение питания, характеризующееся чередованием периодов переедания (в это время люди, страдающие булимией, могут съесть большое количество пищи сразу — пинту мороженого, пакет картофельных чипсов, сыра, крекеров, печенья, леденцов, выпить литр содовой воды и т. д.), вызванных резко усиливающимся чувством голода, и приступов самоиндуцированной рвоты.

Симптомы булимии

Пациенты, страдающие булимией (обычно это молодые женщины), часто скрывают свое заболевание от семьи и друзей. Одним из наиболее характерных проявлений булимии являются эрозии в полости рта, расположенные на небной стороне верхних передних зубов и образующиеся в результате воздействия желудочных кислот, попадающих в полость рта во время рвоты. Эти эрозии могут быть обнаружены на протяжении от нескольких дней до нескольких недель после первого рвотного эпизода.

Другим важным симптомом является изъязвление в углах рта, причиной которого

также является воздействие желудочных кислот во время рвоты. Поэтому именно стоматологи часто играют важную роль в обнаружении этого заболевания. Когда диагноз установлен, «тайна» пациента раскрыта и он знает, какие последствия для его зубов и здоровья в целом могут иметь подобные пищевые нарушения, то это, как правило, служит серьезным мотивом для обращения к врачу. Кроме того, если нет гарантии в том, что пищевое поведение пациента не будет изменено и рвотные эпизоды не будут повторяться, любое лечение (восстановление композитами, изготовление коронок или защитных покрытий для поврежденных зубов) будет неэффективно. И, если периоды рвоты не прекратятся, пациент может потерять все зубы.

Наиболее эффективным подходом к лечению булимии является комплексный, основанный на сотрудничестве стоматолога и врача общего профиля. Поскольку самостоятельно справиться пищевым расстройством крайне сложно, необходима помощь психотерапевта.

Психосоматические расстройства в акушерстве и гинекологии

Нарушения менструального цикла

Психосоматические аспекты в гинекологии касаются в первую очередь психической стороны нормального развития женщины в пубертатном периоде, сексуального созревания, беременности, родов, климактерического периода и т. д. Психосоматика занимается, прежде всего, нарушениями этих нормальных процессов развития и действующими при этом психическими факторами.

Менструации имеют ряд биологических параметров, которые находятся на разных уровнях и взаимодействуют с миром переживаний и многообразными внешними влияниями. Это обнаруживается уже при менархе — первой менструации, которая появляется в последние годы все раньше. Такое раннее половое созревание опережает психическое, личностное и социальное взросление. Профессиональное образование, социальная независимость и окончание юности сдвигаются на третье и даже четвертое десятилетие жизни. Вместе с тем молодые люди в наши дни сексуально информированы, а их сексуальная активность начинает проявляться все раньше, нередко становясь причиной конфликтов. В то же время известно, что под влиянием тяжелых соматических условий, как, например, в военное время, менструации появляются в среднем позже.

Виды нарушений менструального цикла

Аменорея

Ряд нарушений менструальных функций, возникавших у женщин во время войны, описывались различными авторами. Далеко не всегда нарушения могли быть объяснены недостаточностью питания. Так, C. Whitacker и B. Barrera (1944 г.), исследовав во время войны 60 санитарок, которые питались удовлетворительно, но подвергались информационному воздействию, сигнализировавшему об опасности для жизни, выявили у 30 (то есть в 50% случаев) нарушение менструального цикла, из них у 14 (23%) — аменорею. T. Marwill описал аменорею у женщин в первый период прохождения обучения для службы во флоте США во время Второй мировой войны, хотя женщины все время получали достаточное питание. Аменорея объясняется автором состоянием тревоги, в котором они находились.

Аналогичный механизм аменореи встречался у некоторых женщин, боявшихся наступления беременности.

Следующим фактором является «лишение корней». Разлука с близкими людьми, изъятие из привычной среды, как это было с беженцами во время войны и после нее,

очень часто вызывают расстройства менструаций. Одна только разлука с близкими людьми может обусловливать нерегулярность менструаций или аменорею у 20% женщин. Периодические кровотечения регулируются не исключительно посредством гормонов, но и благодаря контактам с противоположным полом, которые имеют общесоматическое значение, являясь функцией, воздействующей на все жизненные процессы. Формы вторичной аменореи возникают чаще всего вследствие конфликтного развития личности, прежде всего вследствие амбивалентности в отношении к своей женской роли. Комплексная охваченность собственной женственностью может приобретать у женщины разные особенности; наиболее всеобъемлющим является отвергание собственной женственности при нервной анорексии. При этом обнаруживается стойкая, сохраняющаяся дольше, чем анорексия, вторичная аменорея, которая часто появляется раньше, чем анорексия.

Ювенильные маточные кровотечения

Ювенильные маточные кровотечения чаще проявляются в эпизодах эмоциональной напряженности и при расстройствах невротического уровня — астенических, депрессивных, фобических, депрессивно-ипохондрических, истерических. У девочек-подростков в связи с появлением менструаций может возникнуть страх, а иногда и невротизация.

Негативные переживания в связи с менструацией иногда приводят даже к дисменорее. Возникновение дисфункциональных маточных кровотечений возможно у девочек с истерической акцентуацией на высоте аффекта (синдром де Фержаль—Ластени). Следовательно, необходима психотерапевтическая подготовка девочек к самому факту менструаций как матерью, так и врачом-психотерапевтом.

Предменструальный синдром

Синдром предменструального напряжения наряду с симптомокомплексами депрессивного спектра и соматическими нарушениями (вегетососудистые, обменно-эндокринные) включает и патохарактерологические проявления.

Несмотря на то, что расстройство существенно отражается на работоспособности, учебе и социальном функционировании, оно не всегда квалифицируется как проявление аффективной патологии, требующей соответствующего лечения, а чаще расценивается как неправильное поведение, связанное с супружескими ссорами или проблемами на работе.

В рамках синдрома предменструального напряжения описываются повышенная утомляемость, чувство усталости, раздражительность, головные боли, слезливость, эмоциональная неустойчивость, напряженность, демонстративность, усиление аппетита (повышенная потребность в сладкой пище), сужение поля зрения, нарушение зрения, головокружения.

Возможны также спонтанные периоды плача и тревоги и/или депрессии с чувством безнадежности (а иногда и суицидальными мыслями); аффективная лабильность со слезливостью и конфликтностью; повышенная потребность в сне; прихоти и изменения аппетита (переедание или потребность в несъедобной или необычной пище). Из числа собственно соматических симптомов наблюдаются отечность вследствие задержки жидкости в организме, набухание и/или болезненность грудных желез, прибавка в весе, запоры, папулезная кожная сыпь, головные боли, боли в суставах и мышцах, экзацербация (искусственное обострение) хронических соматических расстройств.

<u>Диагностика предменструального синдрома</u>

Распознаванию синдрома предменструального напряжения способствует цикличность, тесно связанная с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела)

менструального цикла. Психопатологические проявления, как правило, нарастают в последнюю неделю перед менструацией и полностью редуцируются в ее первые дни.

Клинические критерии синдрома предменструального напряжения

I. В течение последнего года в большинстве менструальных циклов наблюдается пять или более из перечисленных ниже симптомов. Симптоматика сохраняется в течение последней недели фазы желтого тела, ремиттирует через несколько дней после начала фолликулярной фазы и отсутствует в течение недели после менструации. По крайней мере один из симптомов соответствует первым 4-м из перечисленных ниже:

- печаль, безнадежность, самоосуждение;
- напряжение, тревога;
- выраженная лабильность настроения с перемежающимися приступами слезливости;
- постоянная раздражительность, гневливость, конфликтность;
- снижение интереса к привычным видам деятельности;
- трудности концентрации внимания;
- усталость, недостаток энергии, сонливость;
- изменения аппетита с перееданием или потребностью в специфической (иногда несъедобной пище);
- гиперсомния или инсомния;
- соматические жалобы (напряженность или боль в молочных железах, чувство «разбухания» или прибавка массы тела, головные, суставные или мышечные боли).

II. Симптомы препятствуют профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушают межличностные отношения.

III. Симптомы не являются экзацербацией других расстройств, например большого депрессивного, панического, дистимического или личностного расстройства (хотя и могут перекрываться с любыми другими расстройствами).

Экзацербация дисфории и повышенная утомляемость в предменструальный период могут быть связаны с обострением соматического заболевания (эндокринные расстройства, онкологическая патология, системная красная волчанка, анемии, эндометриоз, различные инфекции). Дифференциальной диагностике в этих случаях помогают данные анамнеза, лабораторных тестов и физикального обследования. Помимо собственно гинекологических заболеваний, синдром предменструального напряжения довольно часто сопровождает психические заболевания. В частности, его проявления у женщин, ранее не имевших этого страдания, могут свидетельствовать о возникновении какого-то, быть может маскированного, психического заболевания — например, малопрогредиентной шизофрении. Психологическая помощь и поддержка нередко оказываются не менее действенными, чем лекарственная терапия.

Влияние нерациональной контрацепции на возникновение психопатологических нарушений

Связь сексуального удовлетворения с возможностью беременности очень часто является источником конфликтов, особенно для женщин. Из-за этого обычно страдает не только сексуальная функция, но прежде всего способность женщины к переживанию. Множество психических нарушений и психосоматических симптомов могут иметь в этом свои причины. Так, плохое настроение по вечерам, сердечные приступы, тахикардия, крапивница, поносы и т. д. опытному врачу могут указать на эту причину. Эти соматизированные симптомокомплексы замещают конфронтацию в сексуальных отношениях и страх перед их последствиями. Вместе с тем этого можно избежать, так как все женщины могут без труда применять противозачаточные средства, в первую очередь пероральные.

Однако многие женщины переживают прием таблеток как вмешательство, которое нарушает целостность их тела. Это состояние описывается как страх потери идентичности. При этом действует неосознанное чувство вины, связанное с сексуальностью, а также фантастическое представление о том, будто сексуальное удовлетворение всегда должно сопровождаться страхом и жертвой. Следующий мотив — боязнь ответственности и принятия решения в вопросе о предохранении.

Пассивные женщины, склонные к зависимости, не в состоянии брать ответственность на себя. Хотя контрацептивные средства, которыми пользуются мужчины, не столь надежны, такие женщины предпочитают возлагать ответственность на партнера. У некоторых женщин способность к сексуальным переживаниям уменьшается, когда они на 100% уверены в безопасности контрацептивов или даже после стерилизации. Для большинства же психически зрелых и здоровых женщин характерно то, что у них возрастает способность к либидинозным переживаниям, и они чаще достигают сексуального удовлетворения, когда могут перорально принимать противозачаточные средства, которые придают им уверенность. Вследствие приема внутрь противозачаточных средств могут возникать гормональные пертурбации, выражающиеся в появлении депрессии, раздражительности, головных болей, похудания, «потери» сексуального чувства, тошноты, головокружения.

Эти побочные эффекты объясняются гистаминными влияниями и сдвигами гормонального равновесия. Однако психиатрическое и глубинное психологическое обследование женщин и анализ их жалоб указывают на значение личностного фактора: женщины, которые жалуются на побочное действие пероральных контрацептивов, склонны, кроме того, к ипохондрическому невротическому симптомообразованию, у них чаще встречаются семейные конфликты. Терапевтически полезна и снижает напряжение врачебная беседа, которая дает установки в отношении сексуальности и значения планирования семьи.

Психосоматические расстройства при беременности

Истерические расстройства чаще наблюдаются в 1-м и 3-м триместрах беременности, чем во 2-м. При нежелательной беременности тревога и депрессия развиваются в 1-м триместре. В 3-м триместре возникают страх перед предстоящими родами и беспокойство, связанное с неуверенностью в нормальном развитии плода.

Беременность является фактором, который может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на состояние женской психики. В первом случае имеется в виду улучшение состояния больных неврозами (в частности, истерией и алкоголизмом), смягчение протекания эндогенной депрессии.

Виды психосоматических нарушений, возможные во время беременности и после родов

Однако беременность может оказываться фактором, способствующим манифестации уже имеющихся психических расстройств. Может иметь место декомпенсация психопатии вследствие выявления неполноценности эндокринно-диэнцефальной системы, наступающей на 6—8-м месяце беременности без каких-либо видимых причин; при этом состояние больных может улучшиться лишь через несколько месяцев после родов.

Возможно и первичное появление психических нарушений в период беременности, являющихся предвестниками эндогенных психозов, когда у больных возникают необоснованная тревога, беспокойство, боязнь нарушений сна.

Возможны депрессивные состояния с суицидальными тенденциями. Развивающиеся на. начальном этапе беременности реактивные депрессии в большинстве

наблюдений прекращаются к 4—5-му месяцу беременности, даже в тех случаях, когда ситуация остается неразрешенной.

Однако в том случае, когда имеют место выраженные психопатические черты характера, депрессия принимает затяжной характер, продолжаясь до конца беременности. Аффективные расстройства, манифестирующие до родов, чаще всего протекают с преобладанием анксиозной симптоматики (тревожные опасения по поводу исхода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти и т. д.).

В течение всей беременности и в период кормления грудью следует избегать применения бензодиазепинов из-за опасности угнетения функции дыхания у новорожденного и возможности возникновения у него симптомов абстиненции. Прием лития прекращают на три месяца беременности, но позднее при необходимости он может быть возобновлен; с началом родов препарат вновь отменяют. Матери, принимающие литий, не должны кормить младенца грудью. На протяжении всей беременности надлежит воздерживаться от использования ТЦА или нейролептиков, если нет чрезвычайных показаний к их назначению.

Варианты психосоматических нарушений

Ложная беременность, описывавшаяся в прошлом психиатрами как «нервная беременность», представляет собой яркий пример психогенной драматизации. Это очень редкое в наши дни явление показывает, в какой степени и в каких границах может измениться женское тело под влиянием аутосуггестивных представлений. Мнимая беременность встречается чаще всего у одиноких, овдовевших или живущих изолированно женщин. Обычно она обусловлена только сильным желанием беременности, но в отдельных случаях наблюдается при половых контактах, переживаемых с чувством вины. В этих случаях возникает представление о беременности, которое может потом закрепляться с бредоподобной убежденностью на многие месяцы и даже годы вопреки отрицательным результатам акушерского обследования.

Как и больные с истинным бредом, эти женщины не поддаются коррекции рациональными доводами. Для них характерны не только субъективные ощущения, свойственные нормальной беременности, такие, как плохое самочувствие, рвота, особые пристрастия в еде, ощущение тяжести в животе. Многие из них испытывают даже ощущения движения ребенка в теле, наступление схваток. Наблюдаются типичное нагрубание молочных желез, пигментация вокруг сосков, иногда даже выделение молозива, в ряде случаев обнаруживаются изменения шейки матки и наружных половых органов, как это наблюдается при истинной беременности. Женщина быстро полнеет, отмечаются все внешние признаки беременности. Химические и биологические пробы на беременность остаются отрицательными. В случаях ложной беременности терапевтически вряд ли удастся найти опору для вербальной психотерапии, так как эти женщины обычно непоколебимо твердо придерживаются своих представлений.

Синдром кувады (фр. couvades — высиживание яиц) возникает у мужа в первые месяцы беременности жены: тошнота, слабость по утрам и часто — зубная боль. Такое состояние продолжается несколько недель.

При выкидыше, особенно повторном, у половины женщин развивается депрессивное расстройство.

Психические нарушения после аборта

Известно, что 14—20% всех клинически диагностированных беременностей кончаются спонтанными абортами. Однако психической переработке выкидышей в клинической практике и научных исследованиях долго не придавали особого значения, поскольку большинство спонтанных абортов происходит на ранних сроках беременности.

Исходя из представления, что связь с растущим плодом возникает позже, хотя бы при появлении движений ребенка, врачи обычно ограничиваются советом поскорее забеременеть снова и забыть о выкидыше. Однако последние исследовательские данные показывают наличие выраженных и стойких реакций скорби, сравнимых с теми, которые описываются при потере близких людей.

Симптоматика психических нарушений

При этом появляются симптомы скорби (печаль, потеря аппетита, расстройства сна, возбудимость, снижение общей активности, мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения), а также интенсивные проявления злости и враждебности по отношению к медицинскому персоналу, чувство зависти к матерям и беременным женщинам, самоупреки и чувство вины, суицидальные мысли и страх смерти. Особенно явственны напряжение в партнерских отношениях и изменение отношений с уже имеющимися детьми — от пренебрежения ими до сверхзаботливости и тревожности. При выявлении причинных факторов обнаруживается, что значительная часть выкидышей (25—50%) не обусловлена органическими причинами (например, хромосомными отклонениями, инфекциями на ранних сроках беременности, изменениями шейки матки или самой матки при продолжающейся беременности).

Кроме того, оказалось, что при привычных выкидышах (более трех) благодаря усиленному вниманию врачей и во многом независимо от характера применяющегося лечения советы, даваемые врачами, приводят к донашиванию следующей беременности. Здесь следует обращать внимание как на психическое состояние беременной, так и на психосоциальные факторы, включая врачебную заботу. Следует также полагать, что повторные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии и психосоматических ощущений, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных изменений и усиленного сокращения матки. Наряду с выяснением этого вопроса после спонтанного аборта важно обращать внимание на печаль и психическую реакцию женщины, которая очень нуждается в информации и советах. Необходимо дать ей эти советы в беседах и информировать ее о психических последствиях спонтанного аборта.

Имевшие место раньше нелегальные, равно как и легальные, медицинские аборты, следствием которых может стать стерильность, часто приводят к тяжелому внутреннему конфликту. Психически не переработанный аборт, особенно если супруг не причастен к нему и не несет за него ответственности, а женщина была вынуждена сделать все сама, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями, при этом возможны чувство вины перед супругом, ухудшение межличностных и сексуальных отношений. После вакуумного аборта в первой триаде беременности негативные психические и социальные последствия отмечаются очень редко.

Возникновение хронической психической травмы при спонтанном аборте

Спонтанный аборт у 12% женщин приводит к острой или хронической психической травме. У некоторых женщин искусственное прерывание беременности очень часто вызывает чувство сожаления, вины, страха перед последствиями, иногда развивается невроз.

Появление невротических синдромов после аборта связано также с центральными нервными механизмами регуляций эндокринной системы, которая, как известно, включает оварио-гипофизарно-надпочечниковую группу желез внутренней секреции. Нейроэндокринные и метаболические сдвиги появляются уже при нормальной беременности; появляются они и после аборта. Если же беременность прерывается, происходит перестройка регуляции на прежний лад; это может привести к декомпенсации, часто в сочетании с психогенией. После аборта может уменьшаться реактивность организма, адаптация нервной системы и пр.

Без сомнения, непредусмотренная бездетность для женщины — чрезвычайная психическая нагрузка, которая, в свою очередь, может стать основой для многих патологических психических и психосоматических реакций. При этом часто наблюдаются длительные депрессии, месяцами длящиеся резкие колебания настроения, сверхценные идеи с аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности.

Больные нуждаются в успокоении, разубеждении; чтобы снять гиперестеничность, а иногда и ложные установки, применяются современные антидепрессанты. Врачебные советы и поддержка могут быть очень полезны, но прежде всего необходимо попытаться отвлечь женщину от овладевшего ею желания иметь ребенка, указав ей на другие задачи и иной смысл жизни.

Психические нарушения в послеродовом периоде

Нарушения настроения после родов. Кратковременные эпизоды раздражительности, эмоциональная лабильность, беспричинные слезы, напряженность — такие явления часто наблюдаются у впервые рожавших, у которых отмечалось предменструальное напряжение. Эти расстройства нестойки, проходят спонтанно в течение нескольких дней без специальных медицинских мероприятий. Однако через 2 недели после родов у 10—15% рожениц появляются утомляемость и тревога, иногда выраженные фобические симптомы. Обычно это длится несколько месяцев, а у 4% — более года. Речь идет о послеродовых депрессиях, которые значительно варьируют по тяжести — от неглубоких, дистимического уровня (чаще истерических, с раздражительностью, конверсионными расстройствами, нарушением сна) до более тяжелых, соответствующих картине большого депрессивного эпизода.

Содержательный комплекс развернутой фазы чаще представлен тревожными опасениями за жизнь желанного ребенка, реже на первый план выдвигаются ипохондрические фобии, страх за собственное здоровье. В структуре синдрома преобладают явления негативной аффективности — апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку), иногда сопровождающиеся суицидальными мыслями.

Особенности терапии психических нарушений у беременных и рожениц

В этих случаях психологические и социальные меры обычно играют такую же важную роль, как и антидепрессанты.

От врача при депрессиях, манифестирующих либо обостряющихся в период беременности, требуется выбор между необходимостью фармакотерапии, с одной стороны, и предотвращением риска для здоровья плода и новорожденного (опасность формирования врожденных пороков развития, пре- и неонатальных осложнений и т. д.) — с другой. При решении такой альтернативы (польза для матери и потенциальный риск для ребенка) учитывается ряд обстоятельств, в том числе и возможность негативного влияния на развитие плода тяжелого психического состояния матери в период беременности.

Психотропные средства беременным назначают при крайней необходимости по строгим клиническим показаниям: при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц, при суицидальных мыслях и тенденциях.

Проникая через плаценту или молоко матери, психотропные препараты могут оказать неблагоприятное воздействие на плод или новорожденного. Микросомальные ферменты печени плода обладают меньшей активностью и находятся в более низкой по сравнению с печенью взрослых концентрации, что продлевает и усиливает действие лекарственных средств. В пренатальном периоде гематоэнцефалический барьер еще не полностью сформировался, а незрелая ЦНС в целом более чувствительна к действию

препаратов. На этапе эмбриогенеза, как и в раннем постнатальном (неонатальном) периоде онтогенеза, развитие этих жизненно важных структур не завершено, что может способствовать усилению токсического действия психотропных средств как на плод, так и на новорожденного. Подобное воздействие включает потенциально обратимые, зависящие от дозы эффекты, способные усиливаться вследствие того, что системы метаболизма еще окончательно не сформировались. Постоянный прием препаратов беременной может привести к лекарственной зависимости плода и в конечном счете — к развитию синдрома отмены у новорожденного.

Кроме того, нельзя полностью исключить тератогенное действие антидепрессантов. В этом аспекте при лечении беременных и кормящих матерей следует в первую очередь отказаться от препаратов группы необратимых ингибиторов МАО.

Риск тератогенного эффекта минимален при применении препаратов класса А. Сюда относятся СИОЗС (флуоксетин — прозак, сертралин — золофт, циталопрам — ципрамил), при введении которых ни в эксперименте, ни в клинической практике тератогенный эффект не обнаружен.

По предварительным данным катамнестического наблюдения длительностью 12 месяцев за детьми, матери которых в период беременности или кормления грудью принимали СИОЗС (флуоксетин, сертралин), каких-либо неблагоприятных влияний на развитие ребенка не зарегистрировано (Stowe Z. N., 1995 г.; Stowe Z. N., Nemeroff C. B., 1996 г.).

При введении препаратов класса Б (имипрамина — мелипрамина, кломипрамина — анафранила, доксепина — синеквана) на клиническом уровне каких-либо убедительных данных о повышенном риске дефектов эмбрионального развития плода в связи с их применением в период беременности в настоящее время не выявлено.

Использование ТЦА, отнесенных к классу В, т. е. к препаратам с доказанной тератогенностью (амитриптилин, нортриптилин), требует особой осмотрительности (оправдано лишь в экстремальных, опасных для жизни пациентки ситуациях) в связи с угрозой нарушений развития плода.

Большое значение для успешной терапии имеет раннее выявление депрессий, манифестирующих в период беременности. Благодаря этому удается провести щадящую психофармакотерапию — купирование аффективных расстройств на еще неразвернутой стадии с помощью невысоких доз медикаментов непродолжительными курсами. Использование психотропных средств в таких случаях является и профилактикой послеродовых депрессий.

Послеродовые психозы

Частота послеродовых психозов составляет один на пятьсот родов. Чаще встречаются у первородящих, страдавших в прошлом серьезными истерическими расстройствами, при наличии истерических расстройств в семейном анамнезе; у рожавших вне брака послеродовые психозы наблюдались в течение первой и второй недель после родов, редко — в первые 2 дня.

Клиническая картина бывает трех типов: острый органический, аффективный или шизофренический синдромы. Преобладают (80%) аффективные, особенно маниакальные расстройства. Любой из этих вариантов включает дезориентационные и другие органические симптомы.

Очень важно выяснить отношение матери к ребенку. При тяжелой депрессии мысли о том, что ребенок неполноценен, приводят к попытке убить младенца, «чтобы избавить его от будущих страданий». При шизофрении мать может быть уверена в том, что ребенок ненормален или несет в себе зло, — здесь высок риск покушения на убийство ребенка, а также попытки самоубийства (как при депрессиях).

При депрессии применяют ЭСТ (электросудорожная терапия), а в менее

неотложных случаях — антидепрессанты. При шизофрении показаны фенотиазиновые нейролептики. Если в течение нескольких дней нет улучшения, назначают ЭСТ + фенотиазины.

Частота рецидивов депрессии составляет после повторных и последующих родов 15—20%. По меньшей мере у половины женщин, страдающих послеродовой депрессией, при шизофрении в дальнейшем развиваются депрессивные расстройства уже вне связи с родами.

Психосоматические расстройства, не связанные с беременностью

Психические расстройства в менопаузе

При менопаузе как психопатологические симптомы, так и личностные проявления невротизма коррелируют с вазомоторными симптомами (приливы и потливость), но не с прекращением менструаций. Результаты клинических испытаний лечения эстрогенами разочаровывают. Представляется наиболее целесообразным такое лечение, которое оказывается эффективным независимо от того или иного периода жизни.

Климактерический синдром

Климактерический синдром (преимущественно возникающий в возрасте 45—55 лет) представляет собой симптомокомплекс вегетативно-сосудистых, обменно-эндокринных и нервно-психических расстройств, возникающих вследствие возрастного снижения функции яичников и функциональной недостаточности высших центров нейроэндокринной системы. Выраженность психических нарушений зависит от тяжести и динамики соматовегетативных расстройств (приливов, симпатоадреналовых кризов и т. п.) и длительности течения климактерического синдрома. На раннем этапе могут превалировать истерические, депрессивные, астенические, фобические или паранойяльные расстройства. У больных с патологическим течением климактерии чаще всего наблюдаются истероипохондрические расстройства, возможны сверхценные идеи ревности, идеи отношения.

Клиническая картина климактерического синдрома

У женщин постепенно затухает менструальный цикл (урежение регул, олигоменорея); у некоторых еще задолго до этого появляются парестезии, сенестопатии, неприятные ощущения в области сердца, желудка, подложечной области, суставах, зуд в области половых органов и промежности, резкие приливы, неприятные ощущения в области лица, во рту, общее недомогание, плохой сон, тревожные сновидения. При этом женщины часто мерзнут, вынуждены тепло одеваться. Лицо приобретает сероватый оттенок, тургор кожи снижается, волосы лишаются естественного блеска. Артериальное давление резко колеблется. Половое чувство утрачивается.

Эти симптомы вряд ли можно объяснить только гормональной дисрегуляцией и перестройкой. Так называемая сексуальная паника перед закрытием ворот — не просто следствие гормональных изменений; она часто становится для женщины точкой отсчета для подведения баланса прожитой жизни. Несомненно, с наступлением менопаузы начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами соматической инволюции, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения и даже явные депрессивные реакции становятся более частыми, чем в первой половине жизни.

При климактерическом синдроме у мужчин отмечаются депрессия, апатия, меланхолия, изредка психозы, могут появляться полиурия и зуд гениталий. Характерны утомляемость, слабость, боли в конечностях, запоры, рвота. Возможны приливы к лицу и

груди, головная боль, потливость, сердцебиение. Нередко развиваются гиперестезия и эмоциональная лабильность.

Патологический климакс

Климактерическая депрессия — депрессия, впервые появившаяся в климактерическом периоде и отличающаяся глубиной аффективных расстройств, наличием витальных компонентов и суицидальных тенденций. Если в возникновении депрессии существенную роль играет психогенный фактор, у больного может развиться чувство вины, однако соответствующие идеи самообвинения направлены не в прошлое, а в настоящее и будущее, поэтому к чувствам утраты и скорби присоединяются мысли о мрачной картине одиночества, страдания, материального неблагополучия. По миновании остроты переживаний в клинической картине вновь появляются вегетативно-сосудистые нарушения, потерявшие актуальность в период острого состояния. Если больные переключаются в своих переживаниях с психогенной ситуации на свое здоровье, то происходит формирование ипохондрических расстройств.

Патологический климакс требует комплексного лечения. Психотерапия применима во всех видах и модификациях. Больным разъясняется сущность возрастной нейроэндокринной перестройки, подчеркивается временный, преходящий характер расстройств, укрепляется вера в выздоровление, т. е. проводится «речевая терапия» в форме разъяснения, убеждения, ободрения. Кроме того, показаны общегигиенические мероприятия, регулирование сна, гормональная терапия, в тяжелых случаях используются психотропные средства в малых дозах.

Психические нарушения при гинекологических операциях

Гистерэктомия, экстирпация матки (оперативное удаление матки) при гинекологических заболеваниях, при сильных кровотечениях, для профилактики рака или как радикальное противозачаточное мероприятие относится к наиболее частым гинекологическим операциям. Наличие матки и регулярных менструаций имеет большое значение для самосознания многих женщин. Здесь играют роль преувеличенные страхи и представления о кастрации, потере женственности и молодости, а также опасение, что женщина не будет больше привлекательной и потеряет возможность нормальных сексуальных отношений. Поэтому неудивительно, что после удаления матки даже при доброкачественных заболеваниях часты жалобы на депрессию, истощение, общее недомогание. Страх потерять сексуальную привлекательность в результате операции возникает у небольшого числа женщин; обычно бывает обеспокоенность потерей способности к деторождению.

В целом же дифференцированные катамнестические наблюдения через три года после операции показывают, что большая часть женщин через несколько месяцев возвращается к прежнему состоянию и прежним установкам. Потребность в общемедицинской или специальной психотерапевтической помощи чрезвычайно мала и касается в основном тех женщин, которые еще до операции были склонны к психическим или психосоматическим жалобам.

Инволюционный период со свойственными ему эндокринно-вегетативными сдвигами способствует выявлению диэнцефальной недостаточности, свойственной, например, некоторым психопатическим личностям: возникают мучительные приливы, ознобы, приступы сердцебиений, головокружений, обильной потливости, неприятных ощущений типа сенестопатий.

Нарушения чувствительности

Диспарейния, или гениталгия

Диспарейнией, или гениталгией, называют болезненные ощущения в области половых органов. Они могут быть как соматогенного, так и психогенного происхождения. В первом случае причиной их чаще всего бывают воспалительные процессы или травмы половых органов, во втором — психические факторы.

В зависимости от связи диспарейнии с половым актом выделяют диспарейнию «ожидания», диспарейнию фрикционного периода, фрустрационную диспарейнию и диспарейнию вне полового акта. Болевые ощущения чаще возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже в момент интроитуса или во время фрикций.

Психогенные диспарейнии часто встречаются при вагинизме и коитофобии; больные в этих случаях жалуются на резкие боли даже при легком прикосновении к наружным половым органам и тем более при попытке введения пальца во влагалище. Но, если, не обращая внимания на жалобы, все же резко прикоснуться к их гениталиям, больные соглашаются, что им не больно, а страшно. В таких случаях «боль» удается погасить.

Психогенные гениталгии в отдельных случаях носят характер невротической моносимптоматики, но чаще являются одним из проявлений различных клинических форм неврозов. Моносимптомная гениталгия возникает в результате образования патологического условного рефлекса, обусловленного патогенными ситуациями (насилие, болезненная дефлорация, половой акт при наличии гинекологической патологии и т. д.). В основе такой гениталгии лежат механизмы невротической фиксации. Подобные гениталгии чаще всего являются проявлением моносимптомного истерического невроза.

Клиническая картина

Для истерических диспарейний характерны различные боли — ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также парестезии (ощущения ползанья мурашек, зуда). Локализуется боль чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже в области наружных половых органов. Появляется обычно в связи с половым актом, в его начале или в конце, и может сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные начинают всячески избегать половых контактов или даже полностью от них отказываются. В основе истерических диспарейний лежит механизм «бегства в болезнь», условной приятности или желательности болезненного симптома.

Боль в этих случаях носит характер самовнушения и служит средством избавления больной от половой жизни, ставшей несносной либо вследствие того, что она не получает полового удовлетворения, либо вследствие нежелания поддерживать половые отношения с человеком, ставшим неприятным. При этом обычно сосуществуют противоречивые тенденции: с одной стороны, желание избавиться от половой близости, с другой — желание сохранить семью ради детей или общественного мнения. Больные чаще всего полагают, что боль заставляет их отказываться от половой жизни, и не осознают, что в действительности нежелание жить половой жизнью служит причиной появления у них боли.

При различных формах неврозов гениталгии находятся в прямой зависимости от выраженности клинической симптоматики неврозов и являются их составной частью.

Иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, сопровождающееся периодическими приливами крови к половым органам, вызывающими парестезии. Если усилившееся половое влечение не находит разрешения в половой жизни или мастурбации и подавляется, то это может привести к усилению парестезий и переходу их в ощущение зуда в области половых органов. Последнее в дальнейшем начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением («нервный зуд»).

Дифференциальная диагностика

Психогенные диспарейнии следует дифференцировать от сенестопатически-ипохондрического синдрома неврозоподобной формы шизофрении.

Для последней характерно появление, помимо алгий, необычных ощущений в области половых органов (сенестопатий), например чувства «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», дисморфофобии, ощущения особого запаха, которого другие не замечают.

В случае диспарейний очень важно тщательное обследование больной для исключения соматического генеза заболевания. Соматогенно обусловленные гениталгии связаны с различными патологическими процессами в половых органах, а также патологией генитосегментарного аппарата, иннервирующего половую сферу женщины.

Причины диспарейний

Одной из причин болевых ощущений в начале половой жизни является неполная дефлорация, сопровождающаяся незначительным кровотечением и легкой болезненностью, а также случаи, когда девственная плева подвергалась лишь растяжению без разрыва. Медицинская дефлорация с полным разрушением девственной плевы дает хороший терапевтический результат.

Болезненность в начале полового акта нередко связана с недостаточной психоэротической подготовленностью женщины, а также с легкими явлениями вагинизма, вызывающими сужение входа во влагалище.

Диспарейния представляет собой повторяющуюся или устойчивую боль в гениталиях до, во время или после полового сношения. Диагноз диспарейнии не ставится, если заболевание имеет органическую основу (эндометриоз, вагинит, цервицит и другие заболевания тазовых органов).

Жалобы на хроническую боль в области таза часто встречаются у женщин, которые подвергались сексуальному насилию, в том числе в детстве.

Боль при совокуплении может быть результатом напряжения или тревоги. Диспарейния редко встречается у мужчин и имеет органическую природу.

У 30—40% женщин, которые обращаются к сексопатологам с жалобами на диспарейнию, имеется патология тазовых органов. После хирургических вмешательств в области таза или на половых органах приблизительно у 30% женщин наступает временная диспарейния. Однако в большинстве случаев наблюдаются функциональные нарушения.

Органические нарушения, которые могут вызвать диспарейнию, включают раздражение и инфицирование остатков девственной плевы, рубцы от эпизиотомии, воспаление бартолиниевых желез, различные формы вагинита и цервицит, эндометриоз и болезнь Пейрони.

Лечение

При психогенных гениталгиях необходимо выявить причину заболевания в целях дезактуализации психогенной ситуации, приведшей к возникновению заболевания. Помимо этого, психотерапевтические воздействия должны быть направлены на купирование болевого синдрома и выработку новых здоровых психологических установок.

Основным методом лечения психогенных гениталгий является психотерапия, направленная на осознание генеза заболевания и изменение отношения к половой жизни.

При лечении гениталгии и профилактики ее рецидивов необходима психотерапия супружеской пары, результатом которой должно явиться расширение диапазона приемлемости в интимной жизни супругов и, в частности, оптимизация проведения половых сношений.

Психотерапия больных психогенными гениталгиями должна носить курсовой характер. Весьма эффективны сеансы суггестивной терапии наряду с тренировками, во время которых либо вводятся расширители постепенно увеличивающегося диаметра, либо

осуществляется постепенно усиливающееся давление рукой врача на область входа во влагалище, аутогенная тренировка в частности, метод активного самовнушения. Вопрос о выборе методов и способов реализации решается с учетом типологических особенностей пациенток, этапа лечения и клинической выраженности имеющейся патологии.

При соматогенных гениталгиях необходимо проводить лечение основного заболевания в сочетании с психотерапией и седативными средствами, снижающими болевую чувствительность и эмоциональное напряжение, возникающее в связи с гениталгией.

Из медикаментозных средств целесообразно назначить малые транквилизаторы в сочетании с анальгетиками. В некоторых случаях оправданным бывает нанесение в качестве вспомогательного средства за 2—3 ч до полового сношения 10%-ной совкаиновой мази на слизистую оболочку входа во влагалище, снижающей ее чувствительность.

Хорошие результаты отмечены при применении физиотерапевтических методов лечения, при назначении которых, однако, необходимо учитывать причины и условия развития гениталгии. Так, из водных процедур наиболее эффективными оказываются радоновые, хвойные, шалфейные, пресные, азотные ванны, сегментарный и восходящий душ.

Из электропроцедур показаны диадинамические токи, трусы-пояс с новокаином, электрофорез с бромистым кальцием, а также назначение вагинальных грязевых тампонов и применение иглорефлексотерапии.

Психосоматические расстройства в дерматовенерологии

Психические нарушения при СПИДе

Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: психическим (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого заболевания и о связанных с этим внутрисемейных, интерперсональных и социальных проблемах; общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток.

Варианты психических нарушений у разных групп

Психические нарушения при СПИДе настолько разнообразны, что практически включают в себя все разновидности психопатологии, начиная от невротических реакций и кончая тяжелыми органическими поражениями головного мозга. Психические расстройства возникают как у заболевших СПИДом, так и у серопозитивных носителей вируса, что является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания.

Лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так называемую серую зону, являющуюся первой группой риска. Лица без признаков заболевания и без наличия серопозитивной реакции на СПИД, но с особым стилем жизни (гомосексуалисты, наркоманы, бисексуалы, лица, занимающиеся проституцией) относятся к так называемой группе беспокойства. Это вторая группа риска.

Психические нарушения у лиц серой зоны

Психические нарушения в той или иной группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще. Это, прежде всего, психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, иногда приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность,

бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса.

Характерно снижение работоспособности с нарушением активного внимания, иногда полная сосредоточенность на мыслях о возможном заболевании СПИДом. Типичным является также постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных его симптомов, ипохондрическая фиксация на своем состоянии. Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни «заболеть еще какой-нибудь дурной болезнью».

Значительно меньшее число лиц прерывает всякие половые отношения из альтруистических побуждений.

Психические нарушения у лиц из группы риска

Часть лиц из группы риска (особенно из числа серопозитивных), напротив, проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему расширению своих сексуальных связей, либо к передаче вируса СПИДа иным путем.

Типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения (но обычно не доходящими до степени бреда) и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко. Иногда депрессия у лиц из группы риска приобретает психотический характер с ажитацией.

У больных из группы риска могут возникать и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда с описанным при этом «ощущением неприкасаемости». Возможны и истерические психозы.

У лиц из группы риска нередко описывают и возникновение психосоматических заболеваний, из которых на первом месте стоит разнообразная патология желудочно-кишечного тракта.

Вирус СПИДа, обладающий не только лимфотропными, но и нейротропными свойствами, т. е. способностью поражать непосредственно клетки центральной нервной системы, может вызывать психические расстройства задолго до появления признаков снижения иммунитета у больного.

У многих больных СПИДом за несколько месяцев, а иногда даже лет до манифестации заболевания отмечаются апатия, нарушения сна, ухудшение работоспособности, снижение настроения, уменьшение круга общения. Однако на этом этапе психические нарушения чаще всего выявляются на так называемом субклиническом (инфраклиническом) уровне.

Психические нарушения у лиц с манифестной стадией СПИДа

С возникновением выраженных клинических проявлений болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т. д. все эти психические нарушения становятся все более клинически выраженными и заметными.

Факт наличия СПИДа расценивается как проявление выраженного психологического стресса с преобладанием на ранних этапах заболевания преимущественно психогенных расстройств как невротического, так и психотического уровня. Чаще всего это депрессия, нередко очень выраженная, с идеями самообвинения, вины перед близкими, с суицидальными мыслями и тенденциями. Они чаще бывают у тех лиц, которые были свидетелями смерти близких от СПИДа, или у психопатических личностей.

В этот период характерны также обсессивно-компульсивные расстройства, возникающие одновременно с депрессией или изолированно.

Возникают навязчивый страх смерти, навязчивые представления о самом процессе

умирания, воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение.

Некоторых больных очень беспокоит мысль (также нередко приобретающая навязчивый характер) о возможности заражения родственников или близких бытовым путем, хотя они и понимают ее нелепость.

Несмотря на преимущественно психогенный характер психических нарушений в период осознания болезни, уже на этом этапе отчетливо «звучит» органическая симптоматика: возникают дисфории, психопатоподобные формы поведения с эксплозивностью, гневливостью, агрессивностью, эпилептиформные припадки. Происходит так называемая психологическая дезорганизация.

Нередко тревога, возникающая у лиц при диагностировании СПИДа, сопровождается ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувствами безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности.

В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных обычно в течение нескольких месяцев выявляются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний.

Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга, как диффузный подострый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы (псевдоопухолевые проявления болезни), церебральные геморрагии, церебральные артерииты. При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, провалы памяти, снижение либидо, симптомы летаргии. Очень быстро (в течение нескольких недель или месяцев) у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания (вначале в основном по типу сумеречного помрачения сознания), эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержание мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.

При постановке диагноза психических нарушений, связанных со СПИДом, прежде всего необходимо исключить лиц с так называемым псевдоСПИДом — страдающих спидофобией либо бредом заражения СПИДом.

Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике психических нарушений при СПИДе, сходных с шизофренической, инволюционной и другой симптоматикой, большое значение имеет самый подробный семейный и личный анамнез, так как не исключено, что СПИДом заболел человек, уже страдавший ранее, допустим, шизофренией. В таком случае на ранних стадиях СПИДа, еще до резкого доминирования органической деменции, может начать выявляться прежняя разнообразная психотическая симптоматика.

Симптоматика органического поражения головного мозга при СПИДе требует дифференцирования с целым рядом органических заболеваний мозга иной этиологии: рассеянным склерозом, опухолью мозга, нейросифилисом, токсоплазмозом, менингитами и энцефалитами разнообразной этиологии и т. д.

Сложнее дело обстоит с группой риска без наличия серопозитивности. В подобных случаях необходимо самое тщательное собирание личного и семейного анамнеза, изучение «жизненного стиля» лиц из сферы общения данного человека. Необходимо

выяснить также, не вызваны ли психические расстройства какой-то другой причиной, тематически со СПИДом не связанной, а уж затем — путем сложной психологической переработки — нашедшей у лица из группы риска соответствующее «подтверждение». В настоящее время прогноз в отношении психических нарушений при СПИДе, как и заболевания в целом, малоутешителен. СПИД может протекать хронически, с продолжительными ремиссиями, поэтому наряду с симптоматическим лечением необходима соответствующая психотерапевтическая и психокоррекционная работа, но не только с больными, а и с людьми, их окружающими.

Психические нарушения при сифилитическом поражении головного мозга (сифилис мозга и прогрессивный паралич)

Этиология и патогенез

Сифилитическая инфекция, поражающая все органы и ткани, может распространяться и на головной мозг. По характеру поражения тканей головного мозга, времени возникновения и особенностям психических нарушений выделяют два различных заболевания: собственно сифилис мозга и прогрессивный паралич. Сифилис мозга обычно относят к ранним формам нейролюэса (при этой форме поражаются сосуды и оболочки головного мозга), а прогрессивный паралич — к поздним (здесь в процесс вовлекается вещество головного мозга). Это деление на ранние и поздние формы имеет в своей основе различные морфологические изменения в тканях головного мозга и не совпадает с общепринятым делением сифилиса на периоды.

Сифилис мозга и прогрессивный паралич являются прогредиентными заболеваниями и возникают чаще всего на основе нелеченого или недолеченного сифилиса. Большую предрасполагающую роль в возникновении этих заболеваний (особенно прогрессивного паралича) играют травмы головного мозга, хронические инфекции и интоксикации, из которых на первом месте стоит алкоголизм.

Сифилис мозга возникает чаще всего через 5—7 лет после заражения, хотя возможны более короткие сроки (от нескольких месяцев до 2—4 лет) и более длительные (10 лет и более) сроки инкубационного периода. Инкубационный период прогрессивного паралича значительно длиннее (8—12 лет и более), но возможно и более раннее возникновение этого заболевания.

Под обобщающим названием «сифилис мозга» объединяются различные по своей клинической картине нервно-психические нарушения, связанные с сифилитическим поражением сосудов головного мозга, его оболочек или, что бывает значительно реже, возникновением гумм. Нервно-психические расстройства могут быть вызваны также изменениями в самой ткани мозга, нарастающими вторично вследствие распространения патологического процесса с оболочек на вещество мозга (менингоэнцефалит), поражения мозга в связи с нарушением питания и т. д.

Почти в каждом случае заболевания в той или иной степени имеются поражения как церебральных сосудов и оболочек, так и вещества мозга, но преобладает обычно какой-то один тип нарушений. Сифилис мозга — прогредиентное заболевание и может привести к выраженному в той или иной степени дисмнестическому (парциальному) слабоумию.

Клиническая картина

Сифилис мозга характеризуется большим разнообразием клинических проявлений, выраженным полиморфизмом неврологических и психических нарушений, нередким отсутствием четких границ между различными формами. Нервно-психические нарушения при поражении оболочек мозга могут проявляться как легким раздражением (явления

менингизма), так и типичным менингитом, протекающим остро или хронически. Психические расстройства в этом случае могут имитировать неврастенические, а также встречающиеся при энцефалитах, сосудистых и опухолевых процессах явления. Решающее значение в их диагностике имеют данные неврологического и серологического исследования.

Формы сифилитических нарушений

Сифилитическая неврастения

Так называемая сифилитическая неврастения не может считаться отдельной формой, а является, по сути, сборным понятием. Характерные (особенно в начальных стадиях заболевания) неврозоподобные симптомы в виде повышенной раздражительности, плохого сна, утомляемости, тревожности и подавленности (иногда до выраженной депрессии) объясняют в основном двумя причинами: реакцией человека на сам факт заболевания сифилисом и общей интоксикацией организма, в частности головного мозга. Для сифилитической неврастении характерны обильные неопределенные ощущения (сенестопатии), а также расстройства сознания в виде оглушения или его легкой степени — обнубиляции, трудность сосредоточения, затруднения в подборе слов.

Эпилептиформные припадки

Реже отмечаются эпилептиформные припадки, сопровождающиеся страхами и амнестическими расстройствами. Со стороны неврологического статуса обнаруживаются вялая реакция зрачков на свет, выраженная гиперестезия, положительная реакция Вассермана в крови и ликворе, положительные глобулиновые реакции и умеренный плеоцитоз, сифилитический «зубец» при реакции Ланге, реже — намечающиеся паралитические или менингеальные кривые.

Острый сифилитический менингит

Острый сифилитический менингит развивается преимущественно во вторичном периоде, сопровождается общемозговыми явлениями (головные боли, головокружения, рвота), повышенной температурой тела, типичными менингеальными симптомами, расстройствами памяти и восприятия, затруднением интеллектуальных процессов. Характерно поражение черепных нервов. Нередко возникают эпилептиформные судороги и симптомы помрачения сознания по типу оглушения, спутанности или делирия. Начало более острое, чем при прогрессивном параличе, однако прогредиентность психоорганических изменений меньше, а сохранность критики больше. Течение болезни волнообразное. Неврологические и серологические изменения примерно такие же, как в предыдущем варианте, но реакция Вассермана может быть отрицательной.

Однако значительно чаще, чем острый менингит, в оболочках мозга развивается хронический воспалительный процесс, нередко проникающий и в вещество мозга (хронический сифилитический менингит и менингоэнцефалит).

Помимо выраженной патологии черепных нервов, у больных отмечаются головные боли, раздражительность, склонность к аффективным реакциям, нередко подавленное настроение.

Иногда менингит развивается по выпуклой поверхности мозга. При этой локализации патологического процесса наиболее яркими симптомами являются судорожные состояния и нарушения сознания. Больные либо оглушены или подавлены, либо находятся в состоянии спутанности и двигательного возбуждения. Судорожные приступы носят характер джексоновских, или генерализованных, припадков. Неврологическая симптоматика при сифилитических менингитах может быть представлена не только менингеальными симптомами и разнообразной патологией черепных нервов, но и такими явлениями, как аграфия, апраксия, геми- и моноплегия.

Апоплектиформная форма сифилиса мозга

Эта форма встречается наиболее часто. Она развивается на основе специфического поражения церебральных сосудов. Клинически проявляется частыми инсультами с последующими очаговыми поражениями. Первое время очаговые поражения нестойки, обратимы, затем становятся все более множественными, прочными и постоянными. Обширные неврологические расстройства могут быть представлены самыми разнообразными (в зависимости от локализации поражения) симптомами: параличами и парезами конечностей, поражением черепных нервов, апраксией, агнозией, псевдобульбарными явлениями, эпилептиформными припадками, в некоторых случаях — джексоновскими и т. д. Почти постоянным признаком является ослабление зрачковой реакции на свет.

Помимо очаговой патологии, для этой формы очень характерны головные боли, головокружения и снижение памяти. Больные становятся раздражительными, придирчивыми, слабодушными, иногда гневливыми или подавленными. Отмечаются эпизоды помрачения сознания, главным образом по типу сумеречного, вербальные галлюцинации комментирующего и императивного содержания.

По мере утяжеления неврологической симптоматики происходит все более отчетливое нарастание дисмнестического (очагового, частичного, лакунарного) слабоумия. Развивается деменция, близкая к сосудистой: преобладание дисмнестических расстройств и лакунарные выпадения. В рамках псевдопаралитической деменции развиваются лобные симптомы: эйфория, идеи величия, снижение критики, амнестические расстройства, расторможенность влечений. Возможен летальный исход во время инсульта.

Серологические изменения в этой группе пестры и разнообразны. Реакция Вассермана в крови чаще положительная, в ликворе — далеко не всегда; увеличение клеток и глобулинов умеренное; в реакции Ланге определяется сифилитический «зубец» либо паралитические кривые.

Гуммозная форма

При гуммозной форме сифилиса психические изменения зависят от величины и локализации гумм. Характерны психоорганические расстройства при множественных гуммах и различные степени помрачения сознания, очаговые расстройства и экзогенные психозы при больших гуммах, вызывающих повышение внутричерепного давления. Возможны инсульты и эпилептические припадки. Характерна прогредиентность психоорганических расстройств.

Кроме перечисленных, выделяют также эпилептиформную и галлюцинаторно-параноидную формы сифилиса. При спинной сухотке собственно табетические расстройства (отсутствие сухожильных рефлексов на руках и ногах, атаксия и нарушение чувствительности) редки; чаще наблюдаются эйфория и снижение критики, ослабление памяти и снижение психической активности, реже — депрессивные и депрессивно-ипохондрические состояния. В ликворе плеоцитоз и увеличение содержания белков менее выражены.

Лечение

Лечение сифилиса мозга необходимо начинать как можно раньше. Терапия производится специфическими противосифилитическими препаратами комплексным методом по схеме. Применяются антибиотики пенициллинового ряда, макролиды, препараты висмута и йода. Помимо специального лечения, показано и общеукрепляющее, особенно витаминотерапия.

Прогрессивный паралич

Прогрессивный паралич — психическое заболевание, характеризующееся нарастанием разнообразных параличей и тяжелого слабоумия, возникает на основе первичного поражения самого вещества головного мозга, хотя страдает при этом и ткань мезодермального происхождения (сосуды и оболочки). При этом речь идет о появлении и нарастании в процессе болезни полной ареактивности, в связи с чем нормальные автоматизированные реакции организма исчезают (кашель, глотание, мочеиспускание и др.). Одновременно снижается и иммунобиологическая реактивность.

Классическая картина прогрессивного паралича включает в себя три стадии: начальную, расцвета болезни и заключительную (стадия маразма). Для каждой из этих стадий характерны определенные психические, неврологические и соматические нарушения. В настоящее время прогрессивный паралич не только стал встречаться редко, но изменил и свою клиническую картину. Сейчас практически не встречаются больные в состоянии паралитического маразма (III стадия). Заметно изменилась картина прогрессивного паралича за счет резкого превалирования над всеми другими дементной формы. В связи с активным лечением прогрессивный паралич уже не считается, как раньше, заболеванием с обязательным исходом в тяжелое слабоумие.

Психические нарушения

Начальная стадия

Начальная (неврастеническая) стадия прогрессивного паралича характеризуется появлением неврозоподобной симптоматики в виде все нарастающих головных болей, повышенной утомляемости, раздражительности, плохого сна, снижения работоспособности. К этой симптоматике довольно скоро присоединяются нарушения, которые на первых порах можно охарактеризовать как утрату прежних этических навыков. Больные становятся развязными, неряшливыми, грубыми и нетактичными, обнаруживают несвойственный им ранее цинизм и легкое отношение к своим обязанностям. Затем эти личностные изменения становятся все более брутальными и бросающимися в глаза — наступает вторая стадия (период расцвета болезни).

Период расцвета болезни

Выявляются все более нарастающие расстройства памяти и слабость суждений, больные уже не могут с полной критикой оценивать свое состояние и окружающую обстановку, неправильно себя ведут. Нередко обнаруживают грубую сексуальную распущенность, полностью утрачивают чувство стыда.

Нередко возникает склонность к пустым тратам, больные занимают деньги и покупают совершенно случайные вещи. Типично появление болтливости и хвастливости.

Резко меняется и эмоциональность больных. Появляется выраженная лабильность эмоций, у больных легко возникают вспышки раздражения вплоть до выраженной гневливости, но эти злобные вспышки обычно непрочны, и больного довольно быстро можно переключить на что-то постороннее. Так же легко эти больные переходят от слез к смеху и наоборот. Преобладающей окраской настроения может быть довольно рано появляющаяся эйфория. В некоторых случаях, наоборот, возникает выраженное депрессивное состояние с возможными суицидальными тенденциями. Возможно также возникновение бредовых идей, особенно бреда величия и одной из его разновидностей — бреда богатства.

Быстрое нарастание слабоумия накладывает явный отпечаток и на бредовое творчество больных. Паралитический бред обычно отличается нелепостью и грандиозными размерами. Реже появляются идеи преследования, ипохондрический бред и т. д., обычно тоже нелепого содержания. Изредка встречаются галлюцинации, главным

образом слуховые.

С течением времени все более заметным становится снижение интеллекта. Резко нарушается память, все более явно обнаруживаются слабость суждений и потеря критики. Слабоумие при прогрессивном параличе, в отличие от сифилиса мозга, носит диффузный, общий характер.

Маразматическая стадия

Для третьей (маразматической) стадии заболевания (до которой, как уже указывалось, болезненный процесс сейчас обычно не доходит) самым характерным является глубокое слабоумие, полный психический маразм (наряду с маразмом физическим).

Соматоневрологические нарушения

Довольно часто отмечается сочетание прогрессивного паралича с сифилитическим мезаортитом. Могут также отмечаться специфические поражения печени, легких, иногда кожи и слизистых оболочек. Очень характерны общие нарушения обмена. Возможны трофические нарушения кожи вплоть до образования язв, повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, возникновение отеков. При хорошем и даже повышенном аппетите может быть резко прогрессирующее истощение. Понижается сопротивляемость организма, у больных с прогрессивным параличом легко возникают интеркуррентные (сопутствующие) заболевания, в частности гнойные процессы.

Клиническая картина

Характерным и одним из первых неврологических признаков является синдром Аргайлла—Робертсона — отсутствие зрачковой реакции на свет при сохранении ее на конвергенцию и аккомодацию. Характерны и другие зрачковые нарушения: резкое сужение величины зрачков (миоз), иногда до размеров булавочной головки, возможна анизокория или деформация зрачков. Нередко при прогрессивном параличе наблюдаются также асимметрия носогубных складок, птоз, маскообразное лицо, отклонение языка в сторону, отдельные фибриллярные подергивания мышц языка и круговых мышц рта (так называемые зарницы). Очень типична довольно рано появляющаяся дизартрия. Помимо невнятности и нечеткости речи, больные могут пропускать отдельные слова или, наоборот, застревать на каком-либо слоге, по многу раз повторяя его (логоклония). Нередко речь становится гнусавой (ринолалия).

К ранним проявлениям относятся также характерные изменения почерка (он становится неровным, дрожащим) и нарушения координации тонких движений. С течением болезни в письме больных появляются все более грубые ошибки в виде пропусков или перестановки слогов, замены одних букв другими, повторения одних и тех же слогов и т. д.

Все более грубыми могут становиться и нарушения координации. Довольно часто отмечаются изменения сухожильных рефлексов, а также более или менее выраженное снижение чувствительности. Возможно появление патологических рефлексов.

Нередки нарушения иннервации тазовых органов. Наиболее грубая неврологическая симптоматика характерна для последней, третьей стадии болезни. Преимущественно в этой стадии наблюдаются апоплектиформные припадки, оставляющие за собой вначале сглаживающиеся, а затем все более стойкие очаговые нарушения в виде парезов и параличей конечностей, явлений афазии, апраксии и т. д.

Нередкой патологией при прогрессивном параличе являются эпилептиформные припадки, в третьей стадии болезни обычно возникающие сериями или в виде статусов с возможным летальным исходом.

Формы прогрессивного паралича

Экспансивная (классическая, маниакальная) форма была описана одной из первых не только благодаря своей яркой клинической картине, но и большому распространению. Сейчас эта форма, особенно в чистом виде, встречается довольно редко. Характеризуется появлением маниакального состояния и нелепых идей величия. На фоне благодушно-эйфорического настроения могут иногда внезапно возникать вспышки гнева, но раздражение это обычно кратковременное, и больной вскоре вновь становится эйфоричным и благодушным.

В настоящее время чаще всего встречается дементная форма (до 70% всех случаев). На первый план выступает яркая картина общего (тотального) слабоумия. В настроении преобладает либо благодушие, либо вялость, безразличие ко всему окружающему.

Кроме того, выделяют депрессивную, ажитированную, припадочную, циркулярную, параноидную и атипичные формы прогрессивного паралича.

В большинстве случаев реакция Вассермана в крови и ликворе положительная уже при разведении 0,2. Используются реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ и РИТ), а также реакция иммунофлюоресценции (РИФ). Характерна реакция Ланге 7777765432111.

Нелеченый паралич через 2—5 лет приводит к полному маразму и летальному исходу. Особенно быстро явления общего маразма нарастают при так называемом галопирующем параличе, характеризующемся катастрофическим течением болезни. Чаще всего это бывает при ажитированной форме. Очень неприятно протекает и припадочная форма.

Прогноз (как в отношении жизни, так и дальнейшего течения болезни и выздоровления) определяется, как правило, результатами лечения, которое необходимо начинать как можно раньше.

Лечение прогрессивного паралича заключается в применении комбинированной специфической терапии: антибиотики и препараты висмута и йода назначают повторными курсами по схемам.

Психические нарушения при кожных заболеваниях

Роль кожи в жизнедеятельности организма

Физиологические функции кожи разнообразны. Она участвует в отдаче тепла и жидкости. Это орган осязания, восприятия тепла, холода и боли. Кроме того, кожа выполняет защитную функцию. Наряду с физиологическими функциями можно видеть ее психологическое значение: кожа лица и тела для окружающих является органом выражения и представления. По состоянию кожи можно представить внутреннее состояние другого человека. Кожа человека — это средство выражения острых эмоциональных побуждений, типичных форм поведения и хронических душевных нагрузок, что подтверждено физиологическими экспериментами.

Наш обиходный язык имеет много выражений, указывающих на это: краснеют от стыда, бледнеют от испуга, потеют от страха; волосы встают дыбом от испуга, при ужасе появляется «гусиная кожа», можно «лезть из кожи» и т. д. Вегетативные процессы, смена покоя и возбуждения протекают в коже в виде изменения кровообращения (например, покраснение), потливости, сокращения («гусиная кожа»). При этом кожа — орган контакта с другими людьми: нежное прикосновение и боль, сексуальное возбуждение, жестокое обращение в первую очередь испытывает кожа человека.

Влияние стресса на развитие кожных заболеваний

Дерматологам уже давно известна роль эмоционального стресса в развитии многих

кожных заболеваний. Л. Кирн (1878 г.) одним из первых обратил внимание на проявления зуда и крапивницы у многих больных циркулярными расстройствами настроения и высказал весьма прогрессивную мысль о том, что кожные симптомы, как и психические, служат проявлением одного и того же захватывающего весь организм психосоматического страдания. Уже Т. Сиденхем, который в 1681 г. описал ангионевротический отек, оценил его как истерическое проявление. Розовые угри в 1726 г. D. Turner объяснял как результат горя, которое пережила женщина после смерти своего мужа. В 1891 г. французские дерматологи L. Brocq и L. Jacquet установили связь хронической экземы с психической переработкой и поэтому дали этой экземе название «нейродермит». Тяжелый эмоциональный стресс лежит в основе хронической крапивницы примерно у 60—70% таких больных и чуть ли не у каждого такого больного с плоским лишаем (Б. Д. Тополянский). Несомненная депрессия с аутоагрессией диагностируется у 66% из 200 больных нейродермитом.

Реакция организма на стрессовые ситуации

Самой обычной реакцией организма на однократный эмоциональный разряд или патологическое аффективное состояние является локальный или диффузный гипергидроз. Не связанный ни с инфекционными, ни с какими-либо соматическими заболеваниями идиопатический гипергидроз возникает под влиянием эмоционального стресса как своеобразное отражение определенных душевных переживаний (страх, тревога, беспокойство, волнение, огорчение).

Внезапно проступающий на высоте аффекта холодный пот сочетается, как правило, с резкой бледностью кожных покровов (вследствие сужения, спазма поверхностных сосудов) и нередко присоединяется к синкопальным эпизодам: расширение поверхностных сосудов при более слабых эмоциональных воздействиях сопровождается обычно горячей испариной. Регулярное раздражение влажной и очень чувствительной кожи при чрезмерном потоотделении обусловливает региональное ощущение жара, зуда, жжения, а порой и появление неприятного запаха. Возникновение резкого, отталкивающего запаха связано, очевидно, с оживлением филогенетически более древних, атавистических механизмов и повышением функциональной активности сальных желез у охваченного тревогой и страхом субъекта.

Причины развития психогенных кожных заболеваний

В плане психосоматических связей при кожных заболеваниях центральное место занимают болезни, в происхождении которых участвуют, с одной стороны, факторы предрасположенности, а с другой — психические трудности и конфликты, вызывающие их манифестацию.

Предрасположенность к этим кожным заболеваниям нельзя объяснить только наследственностью или только внешними влияниями, имевшими место в детстве или отрочестве, что характерно для основных психосоматических заболеваний. Пусковым механизмом развития или обострения кожных заболеваний под воздействием эмоциональных и аффективных факторов становятся такие события, как смерть близкого человека, несчастный случай, серьезные неудачи в служебной или общественной деятельности, семейные конфликты, привлечение к судебной ответственности, нравственные потрясения.

Помимо явной, подчас хронологической связи между воздействием эмоционального стресса и развитием или рецидивом кожного страдания, выявляется нередко четкий параллелизм между тяжестью течения того или иного дерматоза и выраженностью функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой

наиболее наглядным или даже первым признаком ухудшения психологического состояния больного. Особый интерес представляет в связи с этим ремитирующее течение некоторых кожных заболеваний.

Периодические депрессии, ведущим соматическим проявлением которых становятся изменения кожи, отнюдь не редкость во врачебной практике; кожные проявления полностью исчезают при этом без всякого местного лечения по мере улучшения психического состояния пациента (либо спонтанно, либо в процессе лечения антидепрессантами).

Развитию очевидной депрессии подобного рода могут предшествовать тяжелые психические переживания или чрезмерные эмоциональные нагрузки, при этом больные высказывают жалобы астенического характера на непрестанную слабость и быструю утомляемость, постоянную внутреннюю напряженность и явную тенденцию к снижению настроения по всякому поводу, тревожность и мнительность, подавленность и тоскливость, утрату прежних интересов и стимулов к действию, плаксивость и самоуглубленность, стремление к покою и одиночеству, расстройства сна и аппетита, снижение либидо и др. О выраженной эмоциональной нестабильности больного или стойких аффективных нарушениях свидетельствует вместе с тем и довольно яркая вегетативная симптоматика.

Роль вегетативной нервной системы в развитии психогенных кожных заболеваний

Вегетативная нервная система выступает при этом как одно из промежуточных звеньев в сложной рефлекторной деятельности центральной нервной системы, определяющей функциональное состояние кожных покровов. Одним из общепризнанных симптомов центрального происхождения патологического процесса считают симметричную локализацию кожных высыпаний, располагающихся порой по ходу нервных стволов. О наличии явной вегетативной дисфункции свидетельствует вместе с тем неадекватность или извращенность рефлекторных реакций кожи на экзогенные раздражители (например, расширение мелких сосудов кожи вместо их сокращения под влиянием охлаждения либо, наоборот, сужение под воздействием тепла). Именно выраженная вегетативная дисфункция центрального (тимогенного) происхождения создает в конечном счете определенные биохимические предпосылки для относительно стойких ангиотрофических нарушений кожных покровов.

По мере устранения дисфункции высших интегративных центров состояние кожных покровов заметно улучшается. Отличительной особенностью патологического процесса психогенного характера оказывается при этом отсутствие глубоких нарушений или изъязвлений кожи с последующим ее рубцеванием, даже при длительном (иногда многолетнем) течении заболевания.

Психогенные кожные заболевания

Считается, что психологическими причинами могут быть вызваны нейродермит, крапивница, простой лишай, атопический дерматит, псориаз, гнездная алопеция и зуд, однако веских доказательств их психологического происхождения нет. Тем не менее наличие кожного заболевания, заметного для окружающих, в значительной мере может сказываться на социальной жизни больных, вызывая чувство неловкости и лишая уверенности в себе. Более того, многие из рассматриваемых в данном ряду расстройств возникают и обостряются после психогений, а в их лечении, несмотря на наличие аллергических и обменных расстройств, значительная роль принадлежит электросну и гипнозу.

Крапивница

Крапивница — заболевание, обусловленное сложными изменениями аллергической реакции организма на фоне выраженных функциональных нарушений нервной и эндокринной систем. Возможность воспроизведения крапивницы и устранения ее клинических проявлений в состоянии гипнотического внушения свидетельствует о ведущей роли ЦНС в ее развитии. Характерны раздражительность, эмоциональная лабильность, неадекватность. Известны случаи крапивницы, возникающей в результате переутомления, физической усталости.

Многократно повторяющиеся рецидивы крапивницы нередко доводят больных до полного изнеможения вследствие мучительного зуда, бессонницы, развивающихся выраженных невротических расстройств. Наиболее благоприятный эффект отмечен при комплексном применении электросна и гипноза в сочетании с небольшими дозами кортикостероидных гормонов. Рекомендовано применение аскорбиновой кислоты по 0,3 г 3 раза в день и рутина по 0,1 г 3 раза в день в течение одного месяца, антигистаминных препаратов.

Экзема

При экземе наблюдаются функциональные нарушения в деятельности нервной и эндокринной систем. Возможно понижение болевой и температурной чувствительности по истерическому типу (Никольский П. В., 1887 г.). Экзема может начаться и рецидивировать как следствие тяжелых нервно-психических травм, длительных волнений. Возникают невротические состояния, выражающиеся в нарушении сна вплоть до полной бессонницы, повышенной раздражительности или угнетенного состояния. Отмечается подверженность кожных изменений гипнотическому воздействию. При лечении экзем показано применение электросна, гипносуггестии и невысоких доз кортикостероидных препаратов. В случаях упорного зуда в ночное время показано присоединение антигистаминных и транквилизирующих препаратов.

Некоторые авторы (Смулевич А. Б., Иванов С. В., 2000 г.) предлагают использовать в дерматологической практике атипичный нейролептик из класса замещенных бензамидов — эглонил (сульпирид). Его применение позволяет значительно повысить эффективность традиционных средств лечения дерматозов. Подключение эглонила способствует становлению ремиссии при различных вариантах дерматозов — психогенном, органическом с психогенно обусловленными обострениями, псевдодерматозах и дерматозах сложной этиологии. Проведение бальнеотерапии также способствует закреплению полученных результатов.

Нейродермит

Резко выраженные проявления нейродермита сопровождаются невротическими расстройствами — сильным зудом, бессонницей, эмоциональной лабильностью. Показано применение электросна и гипноза в сочетании с небольшими дозами кортикостероидных препаратов. При кожном зуде назначают витамин B_{12} по 200 мкг внутримышечно 1 раз в день в течение трех недель.

Системная красная волчанка

Системная красная волчанка — мультисистемное аутоиммунное заболевание, наиболее часто возникающее у женщин; психопатологические симптомы имеются в 50% случаев. Возможно развитие острого и хронического психопатологического синдромов, других психозов и эмоциональных расстройств. Лечат первичное заболевание. У

некоторых больных пролонгированный прием стероидов в больших дозах может вызвать психопатологические симптомы.

Склеродермия

Lachner с соавт. (1970 г.) у больных мужчин с прогрессирующей склеродермией выявили угнетение сперматогенеза, снижение потенции и либидо. Провоцирующим моментом в развитии склеродермии могут быть психические травмы.

Васкулиты

У большинства больных поверхностными васкулитами кожи функциональные нарушения нервной системы характеризуются наличием зуда (нередко ночного, приступообразного), а также бессонницей.

Псориаз

Вследствие гипофункции половых желез у больных с тяжелыми формами псориаза развиваются явления астенизации, снижается половая активность. Эффективен аевит внутримышечно или подкожно — по 1 мл № 15—20. Показана диета, богатая витаминами и белками, с ограничением жиров и углеводов, исключением острых, соленых продуктов и алкогольных напитков. Больным с пониженным тонусом, повышенной утомляемостью, сниженной работоспособностью при длительном и упорном течении псориаза рекомендуют включать в лечение препараты зверобоя в виде отвара (10,0 : 200,0) — по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды, а также пижмы, подсолнечника (Ягодка В. С., 1987 г.).

Умственное переутомление и невротические состояния могут принимать участие в генезе гнойничковых заболеваний.

Косметический дефект при витилиго может травмировать психику больного.

Демодикоз

Демодикоз чаще возникает у пациентов с вегетоневрозами, эмоциональной неустойчивостью, неврозами. Характерны функциональные расстройства со стороны ЖКТ, эндокринной системы (щитовидная, половые железы).

Алопеция

При алопеции альвеолярис имеют место нарушения высшей нервной деятельности в результате длительной острой психической травмы. В этом случае показаны лекарственные препараты, обладающие седативным действием.

Трофические изменения ногтевых пластинок

К достаточно часто встречающимся соматическим проявлениям затяжных астенодепрессивных состояний принадлежат и трофические изменения ногтевых пластинок. Мутные, тусклые, неравномерные по окраске, порой пятнистые ногтевые пластинки могут заметно истончаться, стать мягче, чем в норме, или более хрупкими. Иногда встречается и гипертрофия ногтевых пластинок: шероховатые, иногда даже бугристые, исчерченные продольными или поперечными полосками, они отличаются повышенной ломкостью в продольном направлении. По ходу возможно расщепление, расслоение или отпадение кусочков ногтя.

В пользу центрального механизма поражения свидетельствует в таких случаях быстрота развития патологического процесса, захватывающего одновременно все или многие ногти, одна и та же степень развития дистрофических нарушений, а также отсутствие воспалительных изменений в области ногтевых валиков, кистей и стоп.

Висцеральные нарушения

Кожные изменения могут перемежаться с другими (сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, псевдоневрологическими) функциональными нарушениями. Кажущееся излечение одного патологического процесса, входящего в структуру соматизированной депрессии (исчезновение, например, кожного зуда), как бы способствует при этом формированию или активации другого (сосудистой дистонии или синдрома раздраженной толстой кишки и т. д.).

Течение психогенных кожных заболеваний

Психогенные висцеровегетативные нарушения не чередуются, однако, с кожными заболеваниями, возникшими на фоне определенных эмоциональных расстройств; они сосуществуют одновременно с кожным патологическим процессом и чаще всего ему предшествуют. Речь идет практически лишь о смене объекта ипохондрической фиксации. Обострение или выявление кожного процесса выводит его на первый план клинической картины, переключая на себя активное внимание больного и тем самым вытесняя другие соматовегетативные расстройства, вновь получающие развитие при угасании кожной симптоматики.

О психовегетативной природе кожного страдания заставляет думать и выявляемая при целенаправленном опросе полиморфность клинической картины, включающей в себя, как правило, и другие функциональные соматические расстройства. Почти у всех больных с кожными проявлениями при аффективных расстройствах возникают кардиалгии и приступы сердцебиений в покое, не вызывающие все же особой тревоги у пациента в связи с иным объектом ипохондрической фиксации. С явными вазомоторными расстройствами в коже сочетаются нередко головная боль типа мигрени и периодические головокружения; у значительного числа больных в дерматологической клинике констатируют сочетание кожных изменений с функциональными расстройствами пищеварительной системы. Аффективную или преимущественно аффективную природу страдания подтверждает и неразрывная связь патологических кожных реакций с функциональными гипоталамическими расстройствами при отсутствии убедительных признаков органического поражения центральной нервной системы.

О неспецифической природе многих дерматологических синдромов говорит также и полиэтиологический характер последних. Клиническая картина перенесенной некогда патологической реакции воспроизводится под влиянием самых различных, и прежде всего — психотравмирующих, факторов. Любая кожная реакция, сформировавшаяся в условиях стрессовой ситуации в виде преходящего функционального нарушения, может наблюдаться и в дальнейшем в форме стереотипно повторяющихся патологических расстройств с определенными вазомоторными, секреторными и трофическими изменениями кожных покровов. Непосредственной причиной возникновения или обострения кожного страдания становятся при этом разные неблагоприятные для организма неспецифические воздействия: переутомление, физическая травма, переохлаждение или перегревание, нарушение установившегося стереотипа жизни, конфликтные ситуации различного характера и др.

Рецидивы патологического процесса (обычно на тех же участках кожного покрова) развиваются у этих больных по механизму оживления «следов», даже после многолетней и практически полной ремиссии.

Только с позиций центрального генеза кожного страдания можно объяснить недостаточную эффективность или даже бесполезность местного лечения и, наоборот, улучшение состояния при нормализации аффективного статуса. Наличие психосоматических связей обсуждается и при других кожных заболеваниях, таких, как ангионевротический отек, кожный зуд, красный плоский лишай, почесуха, экскориированные (уртикарные) угри, розовый лишай, гнездная алопеция и псориаз, в происхождении которых играют роль, кроме прочих, и психические факторы. Неясны психосоматические связи при обыкновенных угрях, болезни Рейно и склеродермии.

Симптоматические невротические нарушения

При многих невротических нарушениях возникают кожные вегетативные реакции, такие, как эритема, гипергидроз (в первую очередь — потливость рук) и т. д. Почесуха, или кожный зуд (особенно анальный или генитальный зуд), не имеющая морфологической основы, может быть обусловлена чисто психическими факторами или, во всяком случае, с участием психических факторов. Как и всегда при психосоматическом подходе, необходима индивидуальная диагностика с учетом ситуации, вызывающей заболевание, и личностного фона при этих, столь различных нарушениях. Кожные заболевания, которые ведут к обезображиванию лица и других частей тела или к выпадению волос, осложняют межличностные отношения. Ощущения человека, что он безобразен, вызывает отвращение, и связанные с этим субъективные переживания обычно бывают сильнее, чем у окружающих, например у супруга.

Эти переживания предъявляют большие требования к возможностям душевной переработки у больного человека, что отчетливо видно на примере депигментации кожи или облысения, особенно у женщин. Кожный зуд, который возникает при многих кожных заболеваниях и протекает приступообразно годами или даже десятилетиями, из-за доставляемого им беспокойства представляет чрезвычайную нагрузку и для психически здорового человека. Дерматологи на основе своего профессионального опыта и компетенции обращают внимание на эти душевные формы реакций больных как на первично-органические болезни и используют это представление в своих общих планах лечения. Пациент обычно ждет не направления к врачу-психосоматику или к психотерапевту, а ищет помощи у дерматолога в виде советов и назначения медикаментов.

Лечение

При лечении различных кожных изменений, развивающихся на фоне аффективной патологии, конечно, основное значение имеет подбор соответствующих психотропных средств, прежде всего антидепрессантов и транквилизаторов, обладающих вегетостабилизирующим действием. Из антидепрессантов предпочтительными являются серотонинергические препараты, такие, как флуоксетин (прозак), обладающий отчетливым тимоаналептическим действием со стимулирующим компонентом при наличии обсессивно-фобической симптоматики. Он применяется 1 раз в день или 1 раз в 2—3 дня в дозировке 20 или 40 мг в сутки.

Исключительно благоприятное действие оказывает другой антидепрессант из группы селективных ингибиторов серотонина — ципрамил, который хорошо зарекомендовал себя как при лечении депрессий неврозоподобной структуры с признаками соматизации, так и при резистентных «типичных» депрессиях; ценным является то, что препарат не вызывает холинолитических эффектов и благотворно действует на нервную систему. Его дозировка составляет 20—40 мг в сутки, чаще всего используется 1 таблетка (20 мг) в день. Курс лечения длительностью 3—4 недели обычно купирует проявления депрессии, одновременно исчезают различные «кожные симптомы»

депрессий. Естественно, что в большинстве случаев при этом также используется психотерапия, направленная на снятие стресса (рациональная психотерапия, гипноз).

В ряде случаев при наличии признаков астении используются гептрал в дозе 400—800 мг в сутки перорально либо ноотропы как стимулирующие деятельность ЦНС средства, а также нейропептиды, такие, как семакс (0,1%-ный раствор по 5—10 капель интраназально курсом 3—4 недели), а также глицин до 1200 мг в сутки сублингвально или биотредин до 400—500 мг сублингвально. Местная терапия является при этом вспомогательной, а в ряде случаев и не требует применения.

Психогенные сексуальные расстройства и психосоматические состояния, связанные с ними

Сущность сексуальной функции

Половая функция имеет важное биологическое и социальное значение, так как не только обеспечивает продолжение рода и получение специфических половых ощущений, но и открывает возможность создания семьи и устранения одиночества. Она влияет на социальный статус личности, ее самоутверждение и занимает высокое положение среди ценностных ориентаций человека. Расстройства сексуальных функций у мужчин и женщин представляют собой относительно часто встречающийся вид патологии, значимость которой для больных весьма очевидна.

Сексуальные реакции

В иерархии человеческих потребностей (по Маслоу) сексуальное удовлетворение относится к основным, первостепенным потребностям. Согласно его концепции, у человека с рождения последовательно появляются и сопровождают личностное взросление следующие семь классов потребностей.

Классификация потребностей

I. Потребности физиологические (органические): голод, жажда, половое влечение и другие.

II. Потребности в безопасности: чувствовать себя защищенным, избавленным от страха и неудач, агрессивности.

III. Потребности в принадлежности и любви: принадлежать к общности, находиться рядом с людьми, быть признанным и принятым ими.

IV. Потребности уважения (почитания): компетентность, достижение успехов, одобрение, признание, авторитет.

V. Познавательные потребности: знать, уметь, понимать, исследовать.

VI. Эстетические потребности: гармония, симметрия, порядок, красота.

VII. Потребности в самоактуализации: реализация своих целей, способностей, развитие собственной личности.

Неудовлетворение низших потребностей тормозит, а иногда даже делает невозможным достижение высших.

Половые особенности сексуальных реакций

Половая функция является единственной парной функцией человека, важной составляющей которой является ее сексуальный аспект, характеризующийся способностью к осуществлению полноценного полового акта, включающего ряд реакций

систем организма в ответ на половое стимулирование. Формирование сексуальности представляет собой сложный процесс, начинающийся в эмбриональном периоде и заканчивающийся в период половой зрелости. Уже с первых дней жизни ребенка социально-психологические факторы оказывают влияние на его психосексуальное развитие, половое самосознание, полоролевое поведение, сексуальную ориентацию. Половое развитие человека идет в двух тесно связанных между собой направлениях — психосексуальном и соматосексуальном.

Психосексуальное развитие мужчин и женщин имеет свои особенности, обусловленные половыми различиями и поляризацией мужской и женской ролей.

Фазы полового цикла женщины

Выделяют четыре фазы полового цикла: нарастающего возбуждения, плато, оргазма и спада, или разрешения. Общие реакции организма проявляются гиперемией кожи, учащением сердцебиения до 110—180 в минуту, повышением артериального давления, учащением дыхания до 60 вдохов в минуту. Эти реакции не имеют половой специфичности, их выраженность напрямую зависит от силы сексуальных ощущений.

Фаза нарастающего возбуждения

Первая фаза полового акта — фаза нарастающего возбуждения — обусловлена психофизиологическими стимулирующими воздействиями, приводящими к повышению сексуального напряжения и готовности к половому акту. Происходит набухание малых половых губ и расширение сосудов влагалища. Бартолиниевы железы выделяют слизистый секрет. Клитор набухает и увеличивается в размерах за счет сосудистой реакции. Во влагалище происходит выделение слизистого вещества, связанного с расширением венозных сплетений. Происходит растяжение и удлинение внутренних двух третей влагалищного канала. Тело матки увеличивается в объеме и оттягивается вверх и назад. Грудные железы увеличиваются в размерах, напрягаются соски.

Фаза плато

В фазе плато усиливается гиперемия кожи лица, она распространяется на другие участки тела. Тело клитора оттягивается под передний край симфиза, а затем уменьшается до нормальных размеров. В наружной трети влагалища формируется оргастическая манжетка. Отмечается усиление эрекции сосков груди, усиливается венозный рисунок на груди.

Оргастическая стадия

В оргастической фазе выделяется три стадии на основе субъективных ощущений женщины:

- первая стадия начинается с чувства замирания, обусловленного концентрацией приятных ощущений, исходящих из генитальной зоны;
- во второй стадии происходит распространение приятных ощущений по всему телу;
- третья стадия характеризуется ощущением сокращений, спазмами мышц входа влагалища и ощущениями пульсации в области таза.

Отмечается 5—8 сильных сокращений оргастической манжетки внутренних половых органов с интервалом 0,8 с. Гиперемия кожных покровов достигает максимальной интенсивности.

Фаза разрешения

В фазе разрешения происходит обратное развитие описанных физиологических изменений до исходного состояния. Наступает чувство удовлетворенности и

расслабления.

Фазы полового цикла мужчины

Фаза нарастающего возбуждения

В фазе нарастающего возбуждения происходит кровенаполнение кавернозных тел, увеличение размеров и уплотнение головки полового члена и кавернозных тел (эрекция полового члена). Выделяется небольшое количество секрета парауретральных и бульбоуретральных желез.

Мошонка сокращается, сморщивается, яички подтягиваются, повышается тонус мышц промежности. Отмечаются гиперемия кожи лица, эрекция сосков молочных желез.

Фаза плато

В фазе плато эрекция возрастает, яички отекают и подтягиваются, нарастает общий мышечный тонус.

Оргастическая фаза

При оргазме наступает ритмичное сокращение m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus и глубоких мышц поясницы с интервалом 0,8 с.

Число сокращений зависит от степени полового возбуждения. Оргазм сопровождается семяизвержением в результате сокращения семявыносящих путей, придатка и самого яичка, семенного протока, семенных пузырьков и предстательной железы. Объем луковицы семенного канала увеличивается в 2—3 раза. В начале семяизвержения внутренний сфинктер мочевого пузыря закрывается, препятствуя мочеиспусканию и попаданию спермы в мочевой пузырь. В результате сокращения мышц промежности и сфинктера мочевого канала эякулят вытесняется из предстательного отрезка мочевого канала в мочевой канал полового члена, 2—3 сокращения которого выбрасывают семенную жидкость наружу.

Фаза разрешения

В фазе разрешения исчезает гиперемия кожи, нормализуются показатели пульса, дыхания, артериального давления, исчезает эрекция полового члена. Наступает период абсолютной половой невозбудимости (рефрактерный период).

Эрогенные зоны у женщины более генерализованы, чем у мужчины. Женщины могут испытывать приятные ощущения от прикосновений ко многим участкам тела, тогда как у мужчин эрогенные зоны концентрируются в основном в области полового члена. Потенциальные способности к оргазму у женщин больше, чем у мужчин, многообразнее эрогенные зоны, приводящие к оргазму, в то время как у мужчин оргазм вызывается только стимуляцией полового члена. Некоторые женщины способны к многократному переживанию оргазма, причем, в отличие от мужчины, последующие оргазмы переживаются сильнее. Женщины более индивидуальны в своих сексуальных реакциях и проявлениях, большое значение имеют личность, характер мужчины, его поведение, постоянство отношений.

Для мужчин внешность женщины, ее красота, фигура являются более мощным стимулом сексуальных проявлений, чем аналогичные данные для женщины. Рост возбуждения во время коитуса у женщин более прерывистый, чем у мужчин. Оно легче подвергается регрессии при наличии посторонних мыслей, плохих взаимоотношений, несоответствия полового поведения партнера диапазону приемлемости. Интересно отметить, что в животном мире самки во время полового акта часто более отвлекаемы, чем самцы. Так, по A. Kinsey, кошка прервет половой акт и побежит за мышью, а кот не обратит на мышь внимания.

Клиническое сексологическое обследование

Особенности сексологического обследования больного

Сексологическое обследование предусматривает тщательное изучение субъективных и объективных особенностей сексуальных функций пациента, а также объективное изучение его общего соматического состояния, неврологического и психического статуса, состояния мочеполовой системы, проведения специальных социально-психологических и соответствующих параклинических исследований.

При изучении жалоб особого внимания заслуживают данные, касающиеся непосредственно половой патологии или наличия сексуальной неудовлетворенности. Следует выяснить реакцию пациента на имеющееся расстройство или нарушение сексуальной гармонии. Необходимо учитывать жалобы, отражающие другую патологию, и имеющиеся невротические расстройства. Определенный интерес для понимания состояния пациента имеет уточнение причины обращения за медицинской помощью.

Изучение анамнеза болезни предусматривает выяснение причин и условий развития сексуальной патологии. Важно выяснить, какие именно факторы привели к возникновению мнения у каждого из супругов о наличии сексуального расстройства. Имеет значение уточнение обстоятельств первого неудачного полового акта и характеристика последующих нарушений, выяснение динамики расстройства и реакции на него каждого из партнеров. Необходимо получить более точные сведения о ранее проводившемся лечении (если таковое предпринималось) по поводу сексуальных расстройств.

При выяснении особенностей анамнеза жизни, прежде всего, следует получить сведения о заболеваниях и личностных особенностях родителей и родственников. Представляет интерес возраст родителей к моменту рождения обследуемых, состояние здоровья родителей, наличие у них вредных привычек. Относительно каждого пациента следует помнить, каким по счету ребенком в семье он родился, его раннее и позднее развитие, возраст и мотивы вступления в брак, количество и возраст детей. В случае имевшего место развода следует выяснить его причину. Несомненный клинический интерес имеет наличие внебрачных половых связей и их мотивы, важны данные о влиянии на сексуальную функцию беременности, родов и абортов, практикуемый способ контрацепции и отношение к нему каждого партнера. Также важно выяснить жилищные условия, особенности профессиональной деятельности и условия труда, нарушения режима сна и отдыха.

Особенности сексуального анамнеза

Специальный сексуальный анамнез должен содержать информацию по сексуальным проявлениям до начала половой жизни:

- возраст пробуждения либидо;
- возраст и обстоятельства первой эякуляции и оргазма;
- возраст первой поллюции и их частота;
- наличие или отсутствие мастурбации (возраст, тип, частота);
- практикование петтинга (продолжительность, частота);
- наличие фрустрации (продолжительность, частота);
- возраст появления менструаций, их продолжительность и характер протекания, время последней менструации и причина прекращения;
- факторы, сформировавшие у пациентов представления о сексуальной норме.

Изучение сведений о характере половой жизни предусматривает выявление:

- возраста и субъективной оценки первого полового опыта;
- динамики половой жизни до брака и в браке;

- возраста перехода на условный физиологический ритм (соответствует началу периода зрелой сексуальности);
- наличия эксцессов, их максимального уровня и возрастной характеристики;
- наличия периодов сексуальной абстиненции и их переносимости;
- наличия поллюций и их частоты;
- наличия вредных привычек и их влияния на половую функцию.

В план сексологического обследования обязательно входит уточнение характеристики полового акта в последнее время, которое включает:
- настроение перед половым актом;
- выраженность либидо;
- характер эрекций (спонтанных и адекватных);
- продолжительность полового акта;
- характер эякуляции и оргазма;
- самочувствие и настроение после полового акта.

Сбор объективных данных включает в себя выяснение пропорций тела (окружность грудной клетки, высота ноги, рост, ширина таза и плеч), соматического, неврологического, урологического и гинекологического статусов. Целый ряд сведений может быть получен с помощью специальных опросников СФМ и СФЖ (сексуальная форма мужчины и женщины), шкал определения половой конституции, а также методик психологического обследования.

Дисгамия

Понятие сексуальной гармонии и сексуальной адекватности

Дисгамия (dysgamia) — дисгармония половых отношений между супругами, вызывающая половую неудовлетворенность, ведет к семейному разладу и может явиться одной из причин возникновения неврозов. Сексуальная гармония супружеской пары — взаимная адаптация супругов, характеризующаяся таким уровнем полового влечения и половой активности, который соответствует половой конституции и темпераменту обоих супругов, что приводит к оптимальной суммации эротических ощущений и полному сексуальному удовлетворению. Для развития гармоничных отношений супругов большое значение имеет соответствие уровня развития личности супругов, их духовное родство, общность интересов, жизненных установок. Чем сильнее взаимная любовь супругов, тем больше внимания, доверия и заботы они оказывают друг другу, тем выше их возможность установления гармоничных сексуальных отношений.

Сексуально-поведенческая адекватность супругов является важным условием сексуальной гармонии. Здесь имеет значение соответствие диапазона приемлемости в предварительном периоде полового акта, техники полового сношения и его заключительного периода. Предварительный период полового акта оказывает стимулирующее и активизирующее влияние на половое желание и на чувство оргазма. В этом периоде важнее правильное воздействие на эрогенные зоны, чем его продолжительность.

Типы сексуальных партнеров

Одной из наиболее частых причин нарушения сексуально-поведенческого компонента сексуальной гармонии является несоответствие сексуальной мотивации. В зависимости от преобладания у человека той или иной мотивации можно выделить следующие типы сексуальных партнеров:
- гомеостабилизирующий — половое поведение строится на создании спокойствия и комфорта с таким расчетом, чтобы сексуальные вопросы не отвлекали от выполнения

других задач, более высоко оцениваемых;

- игровой — гармонично сочетает в себе романтические и сексуальные элементы, в половой акт вносятся элементы игры, выдумки, фантазии;
- шаблонно-регламентированный тип — устанавливает определенный постоянный стандарт полового акта;
- генитальный — характерен для лиц интеллектуально сниженных, которые не видят разницы между половым влечением и половым возбуждением, считая его достаточным основанием к действию.

Наиболее частые причины дисгамии

К причинам сексуально-поведенческой дезадаптации можно также отнести несоответствие выбора позы и отсутствие действий, способствующих оптимизации заключительного периода.

Возникновению дисгамии может способствовать неодинаковая степень исходного возбуждения половых партнеров к началу половой близости. Часто мужчина начинает половой акт намного более возбужденным, чем женщина. В результате эякуляция может возникнуть задолго до наступления оргазма у женщины, и мужчина оказывается не в состоянии продолжить половой акт, хотя женщина и испытывает в этом потребность. Иногда в возникновении дисгамии может играть роль угасание сексуального интереса вследствие чрезвычайного однообразия половых отношений. Многие пары годами придерживаются одной и той же удовлетворяющей их формы сексуального общения и не испытывают никакой потребности в вариациях и переменах. Однако иногда встречаются лица (как мужчины, так и женщины) с высокой «психической насыщаемостью», у которых эта потребность имеется.

Применение техники прерванного полового сношения (coitus interruptus) в качестве средства предохранения от беременности также может являться причиной дисгамии. В последнем случае мужчина прерывает половой акт за несколько мгновений до наступления оргазма, и эякуляция наступает вне влагалища. Опасаясь беременности, женщина обычно следит за поведением мужчины — успел ли он вовремя прервать половой акт. Это зачастую препятствует возникновению у нее оргазма. Момент приближения оргазма у мужчины обычно ощущается женщиной, и наступление его является сильнейшим раздражителем и пусковым моментом женского оргазма, что весьма физиологично, так как ритмичное сокращение влагалища и специфические движения шейки матки способствуют облегчению продвижения эякулята по цервикальному каналу. Внезапное прерывание полового акта нередко ведет к тому, что женщина остается неудовлетворенной, в состоянии сильного полового возбуждения.

У фригидных женщин прерванный половой акт не вызывает неприятных ощущений, однако препятствует устранению фригидности. При прерванном половом сношении больше половины женщин (67%) не испытывают оргазма.

Развитие сексуальной дисгармонии, как правило, начинается с первых половых актов. У мужчин вначале чаще всего наблюдаются снижение эрекции и преждевременное семяизвержение. В связи с имеющим место фиаско происходит снижение половой активности, притупляется оргазм. У женщин чаще всего развивается аноргазмия вплоть до алибидемии.

Варианты дисгамии

Социально-психологическая дезадаптация

Социально-психологическая дезадаптация супругов — нарушение межличностных связей с тенденцией к негативным эмоциональным реакциям по отношению друг к другу. Причинами этого вида дезадаптации являются: несоответствие взаимных чувств любви и

уважения; наличие черт характера одного из супругов, негативно воспринимаемых другим; несоответствие взглядов, интересов, морально-этических установок; несоответствие ролевого поведения в семье и направленности личностных тенденций каждого из супругов; несоответствие материально-бытового состояния семьи запросам каждого из них.

Наиболее характерным выражением данного проявления дисгармонии является снижение либидо и расстройства оргазма у обоих супругов. Реже отмечаются изолированные снижение либидо, эрекции или эякуляции у мужа и аноргазмия у жены. Сексуальное расстройство носит избирательный характер и проявляется только в отношении супругов.

Дезинформационно-оценочная дисгамия

Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии может быть обусловлен отсутствием у супругов сексуального опыта и необходимых знаний. Развитие этого варианта носит подострый характер и не сопровождается нарушением половой функции. Наблюдается лишь снижение настроения до и после полового сношения. Неправильное поведение супругов во время полового акта, неумение добиваться взаимного полового удовлетворения иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни или чрезмерной стыдливости является одной из наиболее частых причин дисгамии, приводящей к неврозам.

Однако никакие особые сексуальные техники и приемы не в состоянии привести к истинной гармонии половой жизни, если в семье отсутствуют чувство любви, духовное родство и взаимное уважение между супругами.

Дисгамия в результате нарушения сексуальной функции

Сексуальная дисгармония вследствие расстройств сексуальной функции у одного из партнеров характеризуется развитием разнообразных форм невротического реагирования на проблему. Вторичные невротические реакции могут оказать отрицательное воздействие на половую функцию, замыкая таким образом «порочный круг» факторов, усугубляющих имеющееся половое расстройство.

Клинические проявления неврозов, возникающих на почве дисгамии (дисгамических неврозов, по А. М. Свядощу), многообразны. Могут быть неврастенические, тревожно-фобические, обсессивные, истерические, ипохондрические и депрессивные состояния.

Как указывалось выше, от сексуальной дисгармонии страдают оба супруга, однако к врачу чаще обращаются женщины, считающие себя фригидными. При отсутствии адекватной половой стимуляции аноргазмия может держаться десятилетиями, а иногда всю жизнь, вызывая невротические состояния. В литературе описан случай, когда оргазм впервые возник у женщины в 60 лет при адекватной стимуляции. До этого она около 40 лет жила половой жизнью и страдала неврастенией. Оргазм наступил несмотря на то, что прошло 12 лет менопаузы и в половых органах начались возрастные атрофические изменения.

При незавершенном (не закончившемся оргазмом) акте может возникать либо слабое, либо сильное половое возбуждение. В первом случае вегетативные реакции не резко выражены. Женщины отмечают, что половая близость была им приятна или безразлична (ярких ощущений не появлялось). Во втором — появляются резкие вегетативные реакции, сильный прилив крови к половым органам, тягостное желание разрядки. Возникает состояние нервной напряженности, фрустрации, иногда аффективные реакции со слезами, истероформным поведением (острые дисгамические реакции, по А. М. Свядощу). Прилив крови к половым органам может держаться до часа, возникает чувство тяжести в низу живота, боль в пояснице. Частые и длительные застои крови и лимфы в тазовых органах могут способствовать возникновению асептического воспаления

матки, ее придатков и связочного аппарата, а также росту фибромиом.

Особенности полового акта у мужчин и женщин

Средняя длительность полового акта (от момента имиссии и до оргазма) у большинства мужчин при интенсивном непрерывном его проведении, как указывалось, составляет от 1 до 5 мин; нередко женщины отмечают, что им требуется в полтора-два раза больше времени. Некоторые женщины успевают 3—5 и даже 15 раз пережить оргазм, пока мужчина совершает один половой акт. У некоторых полиоргастичных женщин серии оргазмов следуют одна за другой на протяжении 30—40 мин. В большинстве же случаев у мужчины оргазм возникает легче и быстрее, чем у женщины. С возрастом (обычно после 30—35 лет) у многих мужчин в связи с некоторым общим снижением половой возбудимости значительно возрастает длительность полового акта.

Скорость наступления оргазма у мужчины и женщины зависит от многих причин. Примерно у 10—25% мужчин и у 10% женщин в силу их конституциональных особенностей оргазм обычно наступает в течение первой минуты полового акта. Быстрота этой реакции у них является проявлением индивидуальной особенности.

У женщины скорость наступления оргазма зависит, помимо врожденных особенностей ее темперамента, от ее состояния к моменту полового сближения (усталость, колебание возбудимости в связи с менструальным циклом и т. п.), психоэротической настроенности на половую близость и, главное, от интенсивности и адекватности стимуляции эрогенных зон.

Физиологические особенности

Одной из причин дисгамии могут быть как чрезмерно крупные размеры мужских половых органов, так и их резкое недоразвитие, не позволяющее обеспечить достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта. Размеры мужского полового органа могут значительно варьировать в зависимости от степени кровенаполнения пещеристых тел.

Хотя и весьма редко, но встречаются случаи, когда половая жизнь становится невозможной из-за патологически крупных размеров мужских половых органов, вызывающих боль при сношении.

Опасения некоторых мужчин, что невеста очень миниатюрна и поэтому ее легко поранить при дефлорации и, наоборот, что их половые органы недостаточно велики, чтобы удовлетворить женщину, обычно необоснованны. Стенки влагалища обладают способностью не только к растяжению, но и к сокращению, в связи с чем быстро приспосабливаются к размерам мужского полового органа. Многие женщины отмечают, что в наступлении оргазма для них главную роль оказывают психическое состояние, степень психоэротической готовности к половой близости, а не размеры мужских половых органов.

Для женщин с клиторическим типом половой возбудимости размеры половых органов мужчины не играют роли. Хотя редко, но встречаются женщины, испытывающие самое сильное удовлетворение при половом акте с мужчинами, имеющими половые органы небольших размеров.

У большинства женщин, чем интенсивнее раздражение эрогенных зон, тем скорее при прочих равных условиях наступает оргазм. У некоторых женщин достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта достигается лишь в какой-то определенной позе. Несовершенство техники полового акта может вести к тому, что эрогенные зоны женщины не стимулируются в достаточной степени и она остается неудовлетворенной. Ритм фрикций, их длительность, интенсивность могут не соответствовать ее потребности. Имеют значение и индивидуальные особенности расположения эрогенных зон.

Так, у многих женщин на передней стенке влагалища на 4—6 см вглубь от входа имеется небольшой участок диаметром 2—3 см (Точка «G»), очень чувствительный в эротическом плане. Ритмичное давление в этой области способно вызвать бурный оргазм. Точку «G» можно обнаружить, введя палец во влагалище и, согнув его, прижать им переднюю стенку влагалища ко внутренней поверхности лобковой кости.

Примерно половина женщин имеет генерализованный тип половой возбудимости (у них выраженная эротическая реакция достигается при стимуляции как зон клитора и малых половых губ, так и влагалища). Примерно четверть женщин имеют клиторический тип половой возбудимости. У 12%, наоборот, эрогенной зоной в основном является влагалище — вагинальный тип половой возбудимости. Меньше 10% женщин имеют так называемый ареактивный тип половой возбудимости при сохранной чувствительности клитора, малых половых губ и влагалища. В процессе половой жизни возможен переход от одного типа возбудимости к другому и исчезновение ареактивности.

Лечение

Большое значение для правильного построения плана лечения имеет подробное, целенаправленное исследование супружеской пары. При лечении нарушений половой сферы важно установить контакт, создать атмосферу искренности и доверия, позволяющую выявить и обсудить наиболее интимные стороны человеческих отношений. Во многих случаях это не представляет затруднений. Больной человек ищет помощи, охотно делится своими переживаниями, испытывая облегчение после откровенного разговора с врачом. Иногда, однако, чувство стеснения, естественного смущения препятствуют установлению контакта, и требуются повторные беседы с больными для преодоления этого состояния.

Одной из причин затруднения проведения полового акта у неопытного новобрачного является неправильное представление о топографии женских половых органов, при этом помощь новобрачной своему мужу в этом отношении может оказаться незаменимой. Изредка одной из причин затруднения является недостаточная обнаженность женщины перед началом полового акта, затрудняющая имиссию.

Основным методом лечения психогенных нарушений половой функции у мужчины и женщины является психотерапия. Во всех случаях применяется рациональная психотерапия, направленная на устранение ложных представлений о сексуальной функции, на перестройку отношения к психотравмировавшим воздействиям, внушение уверенности в успехе. В процессе ее проведения оказывается не только логическое, но и эмоциональное воздействие на пациента. С успехом могут быть применены также внушение наяву и в гипнотическом сне и аутогенная тренировка со специальными формулами самовнушения. Там, где в генезе заболевания играют роль характерологические особенности личности, показана коллективная, или групповая, психотерапия, направленная на их коррекцию. Эффективность психотерапии во многом повышается, если к ее проведению может быть привлечен второй супруг («лечение» супружеской пары).

Если психогенная причина заболевания очевидна, все равно необходимо тщательное соматическое обследование больного, в частности урологическое обследование мужчины, направленное на выявление нарушений функции предстательной железы. Очень часто психогенные нарушения наслаиваются на ослабление сексуальной функции, вызванное урологическим заболеванием, протекающим скрыто, «бессимптомно» («молчаливые» простовезикулиты). Лечение в этих случаях должно быть комплексным и этапным и начинаться с лечения урологической патологии.

При соматическом обследовании женщины важно обратить внимание на развитие наружных половых органов, состояние клитора и стенок влагалища (рубцовые изменения, дилатация), мышц тазового дна, а также гормональную функцию (содержание 17-

кетостероидов в суточном количестве мочи, гистологическое исследование влагалищных мазков).

При социально-психологической дезадаптации супружеской пары психотерапевтическая коррекция должна представлять собой систему специальных корригирующих воздействий, включающую индивидуальную и коллективно-групповую психотерапию. Целью индивидуальной психотерапии является ликвидация у супругов негативных эмоциональных тенденций по отношению друг к другу, несоответствия направленности их личности. В задачи коллективно-групповой психотерапии входят оптимизация ролевого поведения супругов, улучшение их межличностных отношений и укрепление семьи.

При сексуально-поведенческой дезадаптации необходимо проведение индивидуальных инструктивно-разъяснительных и коллективно-групповых бесед. В первую очередь нужно выяснить, связано ли нарушение половых функций с болезнью или оба супруга в половом отношении здоровы, однако жена не получает удовлетворения из-за половой дисгармонии. В последнем случае важно выявить не только духовные отношения между супругами, но и интимные подробности половой жизни, которые могут играть роль в возникновении дисгармонии, и дать советы, направленные на ее преодоление. Так, например, выявляется, испытывала ли жена раньше когда-либо оргазм и при каких обстоятельствах.

Возникал ли он во время сна или при самовозбуждении, начинает она половой акт возбужденной или нет, увлажнены ли ее половые органы к моменту имиссии. Возникает ли половое возбуждение (появляется ли интерес) ко времени окончания полового акта мужем, активна ли она во время полового акта или пассивна, понимает ли она, чего ей не хватает для получения полового удовлетворения, каковы применяемые позы, какова предварительная подготовка (прелюдия), каковы условия реализации сближения (спят ли они одни в комнате). Выясняется диапазон приемлемости предварительных ласк для каждого из супругов — какие каждый из них считает допустимыми, а какие — недопустимыми, «аморальными», запретными.

Если муж заканчивает половой акт раньше жены и она остается неудовлетворенной, можно сообщить приведенные выше данные о возможных причинах этого, в частности подчеркнуть, что часто женщины начинают половой акт менее подготовленными, чем мужчины, и нуждаются в предварительной подготовке. Далее пытаются, если требуется, расширить диапазон приемлемости этой подготовки. Говорят о том, что если супруги любят друг друга, то в любви дозволено все, что может привести к половой гармонии. Можно указать, что многие женщины до начала половой близости нуждаются в ласках всего тела, затем ласках, обеспечивающих ритмичные раздражения области клитора и малых половых губ, и лишь после этого они готовы к половому акту. Такая подготовка особенно существенна для женщин с генерализованным и клиторическим типом половой возбудимости. При других типах половой возбудимости прикосновение к клитору может оказаться индифферентным или даже неприятным.

Оптимальная длительность подготовки зависит от индивидуальных особенностей женщины. Для одних женщин это десятки секунд, для других — минуты (обычно не дольше 20—30 мин). Многие женщины дают мужчине понять, когда они чувствуют себя уже достаточно подготовленными к тому, чтобы от ласк перейти к половому акту. Чрезмерное затягивание подготовки может вести к потере половой чувствительности. Следует учесть, что некоторые легковозбудимые мужчины не могут себе позволить сколько-нибудь длительно ласкать женщину перед половой близостью, так как это возбуждает их больше, чем женщину, в связи с чем они становятся неспособны к достаточно длительному совершению полового акта. В этих случаях можно рекомендовать женщине самой повышать свою возбудимость во время акта путем стимуляции эрогенных зон, например ритмичным давлением на область клитора.

Половой акт является нормальным независимо от того, как длительно или в какой

форме была проведена подготовка к нему, а также какую степень полового возбуждения она успела вызвать. Стимуляция эрогенных зон, предшествующая его началу, ведет не только к усилению психоэротической настроенности женщины, но и к увлажнению ее половых органов, а также, при возникновении сильного полового возбуждения, к появлению оргастической манжетки, то есть к сужению наружной трети влагалища. Благодаря этому как мужчина, так и женщина острее ощущают контакт во время фрикций.

Для достижения оргазма во время половой близости может иметь значение выбор оптимальной позы полового сближения. При различных позах оказывается неодинаковое воздействие на эрогенные зоны женщины, поэтому иногда женщина, не испытывающая полового удовлетворения при применении одних поз, начинает его испытывать при применении других.

При наличии несоответствия между временем окончания полового акта мужчиной и женщиной мужчине может быть рекомендовано совершать половой акт не непрерывно, а с паузами — приостанавливая движения, когда половое возбуждение чрезмерно возрастает. Одновременно на протяжении всего полового акта оказывать пальцами более или менее интенсивное, но не грубое, ритмичное давление или легкое тактильное раздражение области клитора в ритме фрикций. Дополнительное раздражение клитора не только в подготовительном периоде, но и во время полового акта особенно важно для женщин с клиторическим типом половой возбудимости. Без этого оргазм у них может не наступить. Однако оно может быть индифферентным или даже неприятным при ареактивном и вагинальном типе половой возбудимости, а также при вагинально-клиторическом типе возбудимости, если стимуляция влагалища «выключает» эротическую чувствительность области клитора. Неприятным оно может быть также при стимуляции, не соответствующей индивидуальной потребности данной женщины (например, слишком для нее грубой), или при наличии отрицательной психологической установки к такой стимуляции.

Для того чтобы мужчина стал способен к более длительному совершению полового акта, может быть рекомендована регулярная половая жизнь, а также средства, обычно применяемые при лечении преждевременной эякуляции (см. соответствующий раздел).

Для установления причины половой дисгармонии обычно недостаточно ограничиться обследованием женщины. После выяснения особенностей ее темперамента, ее эрогенных зон, индивидуальных потребностей необходимо вызвать мужа пациентки и, установив с ним контакт, в мягкой, деликатной форме дать ему советы в отношении полового поведения.

В процессе беседы с мужем желательно подчеркивать важность предварительной психоэротической настроенности на половое сближение для возникновения полового удовлетворения. Эта настроенность может создаваться как на протяжении всего дня в процессе духовного общения супругов, так и вечером, в период, предшествующий половому сближению. Эротическая настроенность может оказывать большое влияние на уровень половой возбудимости и интенсивность оргазма.

Обращается внимание мужа на то, что когда оргазм гармонично наступает у обоих супругов, то все же у женщины он обычно длится дольше, чем у мужчины, и она вследствие как физиологических, так и психических особенностей нуждается еще в заключительных ласках. Некоторые женщины чувствуют себя разочарованными и неудовлетворенными, когда их мужья сразу же по окончании половой близости отворачиваются от них и засыпают, не проявляя к ним больше нежности и внимания.

В тех случаях, когда причиной дисгамии является прерванное половое сношение, рекомендуется отказаться от этого метода и заменить его другими способами предохранения от беременности.

При дезинформационно-оценочном варианте сексуальной дисгармонии необходимо проведение комплекса просветительных мероприятий, направленных на повышение уровня общей и медицинской культуры. В индивидуальных и групповых

беседах супруги информируются о норме и физиологических колебаниях половой функции, ее зависимости от различных условий (психическое перенапряжение, переутомление, соматическая патология, влияние медикаментов, алкогольных напитков и др.).

При сексуальной дисгармонии, вызванной расстройством половой функции одного из супругов, наряду с методами биологического лечения и специальной психотерапии (см. соответствующие разделы), необходимо проведение корригирующей психотерапии супружеской пары.

Психогенные сексуальные расстройства у женщин

Особенности сексуальных расстройств у женщин

У женщины, в отличие от мужчины, сексуальные нарушения в огромном большинстве случаев не препятствуют создать семью, иметь детей, обеспечить сексуальное удовлетворение супругу. Лишь в редких случаях (при вагинизме или коитофобии) женщина оказывается не в состоянии жить половой жизнью. Тревога за сохранность своей семьи возникает у нее, если муж высказывает свою неудовлетворенность ее холодностью.

В возникновении неврозов у женщины имеют значение лишь те сексуальные нарушения, при которых половая близость становится для нее тягостной и возникает неразрешимая конфликтная ситуация, связанная со стремлением сохранить семью, несмотря на отрицательное отношение к половой жизни с мужем.

Классификация сексуальных расстройств

Среди расстройств сексуальной сферы женщины, в развитии которых присутствует психогенный компонент, выделяют:

- снижение (отсутствие) полового влечения;
- вагинизм;
- расстройства чувствительности;
- аноргазмия;
- псевдофригидность.

Нарушения половой функции женщины психогенного характера, которые наиболее часто встречаются в сексологической практике, выражаются в отсутствии полового влечения (алибидемии), его снижении (фригидности), ненаступлении оргазма (аноргазмии), а также болезненности при половом акте (гениталгии или диспарейнии) и вагинизме. Они могут наблюдаться как сопутствующее расстройство при неврастении, неврозе навязчивых состояний (в том числе неврозе ожидания) и истерии, а также могут проявляться при этих случаях патологии в качестве моносимптома. Женщины, в отличие от мужчин, в большей степени подвержены отрицательным последствиям дисгамии, вследствие анатомо-физиологических и психологических особенностей.

Половая холодность женщины (фригидность)

Половая холодность женщины (фригидность) — снижение или отсутствие у женщины полового влечения, возбудимости, оргазма — может носить как временный, так и постоянный характер, возникать как с начала половой жизни (первичная), так и в процессе ее у женщины, испытывавшей оргазм (вторичная фригидность).

Классификация форм фригидности

В зависимости от вызывающих ее причин, особенностей симптоматики и течения выделяют следующие формы фригидности:

- психогенную (паторефлекторную);
- дисрегуляторную;
- абстинентную;
- ретардационную;
- конституциональную.

Аноргазмия

Аноргазмия довольно часто встречается у женщин. Это, видимо, объясняется биологическими факторами, в частности тем, что у мужчин, как правило, оргазм наступает лишь при наличии эякуляции. У женщин оргазм не связан с выделением яйцеклетки (беременность возникает независимо от наличия полового удовлетворения). Мужчины, у которых не возникало полового влечения, эрекции и эякуляции, не давали потомства и таким образом отметались естественным отбором. Женщины же способны к половой жизни и продолжению рода независимо от наличия полового влечения и наступления оргазма, поэтому женщины с низким половым влечением и даже его полным отсутствием, а также с аноргазмией не устранялись естественным отбором.

Аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием (алибидемией), однако может наблюдаться и при его сохранности. В общем аноргазмия встречается тем реже, чем сильнее половое влечение, хотя она может быть и при сильном половом влечении. У некоторых женщин половое влечение пробуждается лишь после того, как они начинают испытывать оргазм. Аноргазмия может являться следствием либо половой холодности — фригидности (frigiditas), либо дисгамии.

Степени аноргазмии

По реакции на аноргазмию различают следующие три степени:

- оргазм не наступает, хотя половой акт и сопровождается в той или иной степени приятными ощущениями (satisfactio sine orgasmo), во время полового акта выделяется секрет половых желез;
- половой акт безразличен, ни полового возбуждения, ни приятных ощущений не отмечается (женщины в это время нередко бывают заняты посторонними мыслями);
- половой акт неприятен, сопровождается тягостными ощущениями, вызывает отвращение, женщина старается избегать половой жизни.

Паторефлекторная фригидность и ее причины

Паторефлекторная фригидность относится к нарушениям невротического характера и является следствием торможения сексуальных функций психическими факторами. Она может быть обусловлена рядом причин. Так, ее могут вызвать несоответствие мужа идеалу, чувство неприязни к нему (брак с нелюбимым человеком), неуверенность в прочности семейных отношений. Необходимо заметить, что чаще всего это ведет лишь к временной задержке полового чувства и в дальнейшем при хорошей потенции мужа может появиться половая привязанность. Иногда, наоборот, сильная влюбленность до брака может смениться разочарованием, если в результате недостаточности потенции мужа или дисгамии не наступает полового удовлетворения. Тормозить половое удовлетворение может сильное чувство любви к другому, а также чрезмерная строгость воспитания, ведущая к подавлению сексуальности.

Стойкая аноргазмия может наступить и в том случае, если женщина усилием воли подавляет наступление оргазма. Так, у одной больной на второй неделе брака вдруг возник сильный оргазм. Муж, не поняв ее состояния, прервал акт, воскликнув: «Что с

тобой? Ты что, ненормальная?» Она смутилась и во время последующей недели ценой большого нервного напряжения подавляла наступление оргазма. После этого он перестал возникать совсем. Также психогенную аноргазмию может вызвать испуг, например внезапное появление в комнате другого человека или даже дверной звонок. Однако испуг не обязательно может привести к развитию аноргазмии, и даже наоборот, способствовать появлению оргазма. В литературе имеется описание случая, когда оргазм впервые возник у женщины в то время, когда во время полового акта внезапно открыли дверь в ее комнату. С того времени, когда имелась угроза того, что в комнату войдут, у нее возникал выраженный оргазм.

К длительной задержке полового влечения могут привести психотравмирующие переживания, вызывающие сильный стресс (насилие, измена мужа). Психотравмирующие переживания, вызвавшие разочарование в мужчине как в личности, могут способствовать развитию избирательной фригидности, то есть оргазм возникает при половом акте с другими мужчинами.

Тормозящее влияние может оказывать и непривычное, не соответствующее ожиданию поведение партнера. Так, например, женщина, привыкшая к определенному ритуалу полового сближения, может испытывать заторможенность, если новый партнер будет вести себя не так, как она ожидает. Надо сказать, что вообще наступление оргазма у женщины, в отличие от мужчины, легче подвергается внешнему торможению. Так, напоминание о каких-либо обязанностях, а также различные внешние помехи — музыка, телефонный звонок, скрип кровати — нередко могут нарушить наступление оргазма у женщины. У мужчин они могут вызвать угнетение эрекции, значительно реже — эякуляции и оргазма.

Одной из частых причин психогенной фригидности является невроз ожидания. Обычно он возникает у женщин тревожно-мнительных, а также у женщин, еще до брака ожидавших от половой близости чего-то необычного. Во время полового акта они напряжены, следят за происходящим, не могут расслабиться, отключиться. Напряженность и тревожное ожидание препятствуют наступлению оргазма. У некоторых женщин приближение оргазма, особенно впервые возникшее, сопровождается страхом, переходящим в ужас, заставляющим их прервать половой акт. Это дает основание в качестве одной из форм психогенной фригидности выделить фобическую аноргазмию.

При паторефлекторной фригидности чаще всего либидо, эротические сновидения и экстракоитальный оргазм сохранены, что имеет диагностическое значение. Эрогенные зоны в большинстве случаев реактивны. Аноргазмия носит избирательный, реже генерализованный характер. Развитие заболевания носит острый и реже — подострый характер. Анамнестические исследования позволяют установить конкретные причины и условия, ставшие этиологическими и патогенетическими факторами развития патологии. Ведущим симптомом является нарушение оргазма, которое чаще всего носит характер аноргазмии. Лишь в случаях подострого течения на первых этапах его развития расстройство носит характер гипоргазмии. Подавляющее большинство пациенток после полового сношения испытывает ощущение неотреагированного полового возбуждения, которое болезненно переживается. Характерно развитие вторичных невротических расстройств, заострение характерологических черт.

Дисрегуляторная фригидность

Дисрегуляторная форма развивается вследствие систематического практикования прерываемых половых актов (coitus interruptus). В основе срывов нервной регуляции лежат стрессовые ситуации, обусловленные ожиданием момента прерывания акта в связи со страхом беременности. Развитие этой формы фригидности, как правило, происходит постепенно. Наиболее характерным клиническим проявлением является сочетание сексуальной гипестезии и аноргазмии или изолированная аноргазмия. Нередки

гениталгии, являющиеся следствием застойных явлений в органах малого таза.

Абстинентная фригидность

Развитие абстинентной формы фригидности является следствием длительного воздержания от половых сношений. Расстройство характерно для лиц среднего и пожилого возраста. Длительный перерыв в половой жизни, связанный с последним периодом беременности и родами, к развитию фригидности не приводит, что объясняется гуморальной перестройкой организма и формированием доминанты материнства. Клинические проявления обнаруживаются сразу же после периода длительного полового воздержания. Чаще всего наблюдается сочетание аноргазмии с пониженным либидо. Течение расстройства в основном носит реградиентный характер. Вначале восстанавливается либидо и исчезает сексуальная гипестезия, а затем появляется оргазм. Продолжительность восстановительного периода носит индивидуальный характер.

Ретардационная фригидность

Ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) развития полового чувства. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро. У одних она обнаруживается уже в раннем детском возрасте, у других появляется лишь спустя несколько лет после замужества или после беременности. Известны женщины, которые жили половой жизнью с 12—14-летнего возраста, но лишь в 22—25 лет впервые испытали оргазм и с тех пор всегда были очень чувственными. Физиологически у многих девушек (примерно у 25%) половое влечение достигает своего полного развития лишь к 26—28 годам. По A. Kinsey, потребность в половой жизни у мужчин до 25 лет в среднем значительно выше, чем у женщин.

У последних она достигает своего максимума к 28—30 годам и держится у многих на этом уровне до 60 лет. Мы встречали женщин, которые и в 65 лет сохраняют в полной мере как половое влечение, так и способность к повторным переживаниям оргазма. У некоторых женщин значительное снижение полового влечения наступает к 45—50 годам. После климакса способность к переживанию оргазма у женщин обычно сохраняется, причем оргазм иногда наступает быстрее, чем до климакса. У мужчин потребность в половой жизни достигает максимального уровня к 30 годам, после чего наблюдается медленный, постепенный ее спад. Нередко мужчины переоценивают физиологическую потребность в половой жизни у молодых женщин и недооценивают ее у женщин среднего возраста.

Так, многие жены до 30 лет жалуются, что мужья их в половом отношении слишком активны, а после 30 лет чаще начинают жаловаться на недостаточную половую активность мужей. Во время первой брачной ночи женщины в подавляющем большинстве не испытывают оргазма. Они обычно начинают его ощущать спустя недели или месяцы, а иногда и годы после замужества. Совсем необязательно ретардационная фригидность бывает у женщин инфантильных. Она может быть и у цветущих женщин, с хорошо развитыми вторичными половыми признаками. Большую роль в ее возникновении играют индивидуальные особенности темперамента.

Чрезмерная строгость воспитания, ведущая к резкому подавлению сексуальности девушки, может несколько тормозить развитие полового чувства, особенно в начале замужества. Многие женщины с фригидностью этого типа рассказывают, что до замужества они почти не испытывали полового влечения, оставались холодными в половом отношении в первые годы замужества, однако в дальнейшем во время одного из половых актов с мужем неожиданно для себя испытали оргазм, после чего начали испытывать его часто. При ретардационной фригидности половое влечение отсутствует

или слабо выражено. Эротических сновидений и экстракоитального оргазма не наблюдается. Эрогенные зоны ареактивны или слабореактивны.

Половой акт безразличен или слегка приятен. Не вызывает фрустрации. По мере устранения ретардации пробуждается половое влечение, появляются сексуальные интересы, эротические сновидения. Повышается реактивность эрогенных зон, может возникнуть чувство неудовлетворенности актом. Ретардационная фригидность всегда бывает первичной. Иногда отсутствие оргазма у женщины в первые месяцы замужества обусловлено не ее фригидностью, а дисгамией, в частности недостаточным приспособлением супругов друг к другу.

Конституциональная фригидность

В основе конституциональной формы фригидности лежит, видимо, врожденная недостаточность сексуальных функций. Так же как встречаются люди, от рождения лишенные музыкального слуха, так, по всей видимости, встречаются женщины, у которых фригидность является врожденным состоянием. Эти женщины могут быть во всех отношениях здоровыми и полноценными, с нормальной деятельностью половых желез и хорошо развитыми вторичными половыми признаками, с сохранной способностью к материнству. Они не страдают от своей фригидности и если обращаются по этому поводу к врачу, то либо потому, что хотели бы испытывать половое удовлетворение, которое испытывают другие, либо под влиянием упреков со стороны мужа.

Среди них встречаются совершенно асексуальные натуры, никогда не испытывавшие полового влечения к мужчинам, никогда ни в кого не влюблявшиеся, никогда не получавшие никакого удовольствия от ласк, поцелуев или половой близости, и есть женщины общительные, кокетливые, женственные, любящие мужское общество, танцы, ухаживание, поклонение, но никогда не испытавшие оргазма при половой жизни, хотя она и не является для них неприятной. Среди них обычно не встречаются женщины, занимавшиеся онанизмом. В этом у них не было потребности. Раздражение половых органов, как бы длительно и интенсивно оно ни проводилось, не ведет к возникновению у них оргазма и может быть одним из диагностических критериев.

Близко к женщинам с конституциональной фригидностью примыкают женщины с очень низким половым влечением. Они месяцами не испытывают потребности в половой близости. Оргазм возникает лишь несколько раз в течение года, а иногда в течение жизни. В жизни этих женщин сексуальная сторона играет очень ограниченную роль, причем не является источником неврозов. При конституциональной фригидности либидо отсутствует или слабо выражено. Эротические сновидения и экстракоитальный оргазм не возникают. Эрогенные зоны гениталий нечувствительны. Аноргазмия генерализованная. Половой акт безразличен или слегка приятен, реже тягостен. Эта форма фригидности бывает только первичной.

Симптоматическая фригидность

Симптоматическая фригидность представляет собой проявление какой-либо основной болезни, например органического поражения головного или спинного мозга, хронической интоксикации свинцом, наркотиками, эндокринных нарушений, гипоплазии полового аппарата, сильной боли при коитусе из-за retroflexio uteri или других причин, снижения чувствительности влагалища при фрикциях из-за чрезмерного его расширения в результате родов или полученных травм и других гинекологических заболеваний. Вообще к временной утрате или ослаблению полового влечения могут вести авитаминозы, постинфекционная астения, резкое переутомление и т. п. Умственное и физическое переутомление является самой частой причиной временного ослабления полового влечения у женщины.

При диэнцефальной, эндокринной и интоксикационной фригидности либидо, эротические сновидения, экстракоитальный оргазм и чувствительность эрогенных зон чаще всего отсутствуют; при симптоматической фригидности, вызванной гинекологической патологией, они могут оставаться сохранными. Эта форма фригидности часто сопровождается явлениями неврастении, а также склонностью к истерическим реакциям.

Проявления половой холодности при неврозах, психопатиях и психотических состояниях встречаются весьма часто. При гипостенической форме неврастении часто отмечаются временное ослабление полового влечения, снижение половой возбудимости, утрата яркости оргастических переживаний; при раздражительной слабости — более быстрое наступление оргазма.

Еще врачи античного мира, как указывалось, связывали истерию с сексуальными нарушениями у женщины. Среди больных истерией встречаются как фригидные, так и гиперсексуальные натуры. Сексуальные проявления у них, особенно состояние фрустрации, возникающее при незавершенном половом акте, часто носят характер гротеска. К нарушениям половой функции у женщины, возникшим по механизму истерического симптомообразования, можно отнести защитную половую фригидность.

Она является особой формой психогенной фригидности и ограждает женщину от полового возбуждения, не ведущего к половому удовлетворению. Так, например, при преждевременной эякуляции мужа, вызывающей состояние фрустрации у жены, вся обстановка полового сближения с ним может стать для нее тормозным раздражителем половой функции. Полового возбуждения не возникает, половые органы при попытке полового сближения остаются сухими. Постепенно возникают те или иные невротические состояния. При циклотимических расстройствах колебания полового влечения и способность переживать оргазм находятся в прямой зависимости от фазного течения заболевания.

Псевдофригидность

Псевдофригидность является результатом неправильных оценочных суждений женщины в случаях несоответствия темпераментов и диапазона приемлемости супругов, при предъявлении к себе неадекватных требований. При этом у женщин с жалобами на «фригидность» расстройств половой функции не выявляется.

Лечение фригидности

При лечении фригидности применимо все то, о чем говорилось при рассмотрении путей ликвидации дисгамии. Выясняются причины фригидности и применяются меры, направленные на ее устранение. Так, при симптоматической фригидности лечение, естественно, сводится в основном к лечению породившего ее основного заболевания. Это могут быть различного рода интоксикации, психическое заболевание, алиментарная дистрофия, нарушения со стороны мышц тазового дна и дилатация влагалища, возникшие после родов. Поскольку усталость и фиксация на каких-либо проблемах являются частыми причинами, вызывающими угнетение полового чувства даже у самых темпераментных женщин, при лечении фригидности очень важно обеспечить женщине нормальный режим труда и отдыха, избавить ее от диссомнии, переутомления, эмоциональной напряженности, добиться общего укрепления организма.

Весьма желательно предоставить возможность деятельности (ходьба, бег). Таким женщинам показана диета, богатая белками (мясо, рыба) и витаминами, особенно витамином Е (яйца, икра). Для усиления остроты эротических ощущений рекомендуется следующее простое упражнение, которое можно проводить практически в любой обстановке: в течение 10 мин напрягать мышцы бедер, ягодиц и тазового дна («втягивать»

задний проход), далее на 5 сек расслаблять их. Начинать с 10 напряжений мышц за сеанс, доходить до 30—40 напряжений. Проводить 3 сеанса в день в течение трех месяцев и дольше. В результате женщина становится способной во время полового акта напряжением мышц сильнее охватывать член, в связи с чем более острые ощущения возникают как у нее, так и у мужчины. Укреплению этих мышц способствует также езда на велосипеде, катание на лыжах.

При всех формах фригидности большое значение имеет психотерапия. Она должна быть направлена на изменение отношения больной к половой жизни, расширение «диапазона приемлемости». Нужно разъяснить больной, что важно хотя бы один раз пережить оргазм, будь то во время полового акта или во время других видов стимуляции эрогенных зон. В результате этого как бы повторяется путь, ведущий к наступлению оргазма, облегчается возникновение «оргастического рефлекса». Кроме того, это поможет женщине лучше узнать свою индивидуальную потребность в воздействиях, приводящих к половому удовлетворению. Нередко женщины, впервые пережившие оргазм во время самовозбуждения, в дальнейшем испытывали его при половом акте.

Там, где в основе задержки полового чувства большую роль играет торможение его вследствие неправильного воспитания, психотерапия направляется на снятие этой задержки.

При паторефлекторной, а также ретардационной и даже конституциональной фригидности могут быть рекомендованы такие методы психотерапии, как гипнотическое внушение и аутогенная тренировка. Они способны снять психическую задержку, препятствующую наступлению оргазма, усилить эротическую настроенность, предшествующую половому акту, повлиять на нейроэндокринные процессы и функциональное состояние корковых и подкорковых половых центров, воздействовать на периферические отделы полового аппарата и на сосудистую иннервацию половых органов. Гипнотическим внушением можно повысить половую возбудимость, благодаря чему становится возможным переживание оргазма. Иначе говоря, психическим воздействием можно оказать влияние на нейроэндокринную регуляцию половой функции.

При лечении фригидности аутогенной тренировкой после овладения первыми двумя стандартными упражнениями (вызывание чувства тяжести и тепла) женщине рекомендуется внушать себе желание и приятность половой близости, ощущение тепла в половых органах, положив на них руку, а также обострение чувствительности половых органов, в частности к фрикциям. Овладение этим методом позволяет ярче вызывать эротические фантазии.

У некоторых женщин наступление оргазма возможно лишь в том случае, если они во время половой близости ни о чем не думают и не наблюдают за поведением партнера. Чрезмерная фиксация внимания на половом акте и возникающих ощущениях, а также невроз ожидания наступления оргазма могут затормозить наступление последнего. Выработка способности не думать в это время, как мы не думаем о сне, когда хотим, чтобы он наступил, может привести к излечению. В особо упорных случаях может помочь овладение техникой аутогенной тренировки (вызывание состояния покоя, мышечного расслабления и тепла без каких-либо добавочных специальных самовнушений), а также внушение наяву или в гипнотическом сне, направленное на устранение тревожного ожидания.

Положительный результат дает также «игровой метод» лечения психогенной аноргазмии, при котором рекомендуется играть роль темпераментной женщины (закрыв глаза, все более учащенно дышать, представлять ощущение потери сознания, более активно совершать движения тазом в ритме движений мужа, судорожно обхватить его руками и в момент изображаемого оргазма несколько стонов сопроводить сильным ритмичным сокращением мышц, сжимающих влагалище). «Игра» повышает сексуальную возбудимость женщины и устраняет тревожное ожидание. Вскоре на высоте «игры» возникает настоящий оргазм.

При лечении фригидности много ценного может дать психоэротическая тренировка, проводимая семейной парой. Она может вести к повышению эротической возбудимости женщины. Для того чтобы она была целенаправленной, желательно, чтобы врач во время гинекологического осмотра выявил эрогенные зоны женщины, а затем указал ей на желательность стимуляции этих эрогенных зон мужем во время ласк, с тем чтобы у нее постепенно все более и более нарастало половое возбуждение и возник оргазм. Затем во время личной беседы с мужем врач в деликатной форме советует ему перед половым актом стимулировать соответствующие эрогенные зоны жены. Жену желательно не предупреждать о том, что мужу даны какие-либо инструкции по этому поводу, так как это может создать у нее ощущение нарочитости.

Лучше, если у жены создастся впечатление, что муж сам «дошел до этого». Кроме того, при фригидности женщине могут быть рекомендованы горячие ванны, в частности области таза, во время которых возможна стимуляция эрогенных зон самой больной. К постепенному нарастанию психоэротической возбудимости может вести и гинекологический массаж, при котором вызывается стимуляция эрогенных зон. С этой целью может быть применен и вибромассаж входа во влагалище у тех женщин, у которых эта область является эрогенной зоной. На курс лечения достаточно 3—5 сеансов. Массаж усиливает общую эротическую возбудимость женщины, убеждает ее в том, что она способна к эротическим ощущениям, позволяет лучше понять, в каком виде стимуляции она нуждается, и облегчает достижение оргазма при половой близости.

Медикаментозное лечение фригидности носит главным образом вспомогательный характер и проводится в комплексе с другими мероприятиями. Не существует лекарства, которое само по себе могло бы вызвать стойкое длительное повышение половой возбудимости женщины и превратить фригидную женщину в нефригидную. Поскольку при лечении всех форм фригидности очень важно добиться, чтобы женщина хоть раз пережила оргазм, показаны средства, которые хотя бы временно повышали половую возбудимость женщины. При этом надо учесть, что на эту возбудимость всегда огромное влияние оказывают факторы психические; они могут как усиливать, так и тормозить ее. В качестве общестимулирующих средств применяют те же средства и в тех же дозах, которые назначают для повышения половой возбудимости мужчины.

Сюда относятся настойка корня женьшеня, экстракт элеутерококка, пантокрин и др. Вещества эти могут применяться вне зависимости от менструального цикла в течение 20 дней и дольше. Для стимуляции рефлекторной деятельности спинно-мозговых центров, а также обострения чувствительности рецепторов, в частности тактильной чувствительности, с успехом может быть назначен стрихнин и близко стоящий к нему секурин (стрихнин по 0,001 г или секурин по 0,002 г 2—3 раза в день). Для лечения фригидности широко применялись женские половые гормоны. Однако в последние годы отношение к ним стало более сдержанным, так как они могут нарушить гормональное равновесие организма. Женщины с фригидностью нормально беременеют, рожают, менструируют, что говорит о достаточной продукции у них эстрогенов.

Как указывалось, половое чувство у них может оставаться сохранным даже при далеко зашедшей менопаузе, когда эстрогены вырабатываются в незначительном количестве, при удалении яичников у женщины детородного возраста, а также при гипогонадизме. С другой стороны, назначение эстрогенов больным после мастэктомии, а также больным с климактерическим неврозом не ведет у них к повышению полового влечения. Все это дает основание многим авторам полагать, что лечение фригидности женскими половыми гормонами нецелесообразно.

Физиотерапевтическое лечение в основном сводится к назначению процедур, вызывающих гиперемию половых органов и тем самым способствующих эротизации. Сюда относятся горячие влагалищные души (температура 42—45 °С) или орошения минеральными водами, особенно нарзаном, нарзанные ванны, горячие тазовые ванны, грязелечение («трусики», влагалищные тампоны), а также ультразвук паравертебрально на

пояснично-крестцовую область, 10—12 процедур ежедневно или через день, начиная сразу после окончания менструаций. Увеличение матки является абсолютным противопоказанием к назначению тепловых процедур. При назначении местных процедур следует считаться с чувством стыдливости женщин, особенно никогда не лечившихся у гинеколога. Отрицательная установка пациентов к процедурам может свести на нет лечебный эффект. Физиотерапевтические процедуры играют лишь второстепенную роль при лечении фригидности и могут назначаться в комплексе с другими мероприятиями.

Об эффективности терапии фригидности можно судить по усилению полового влечения у женщины, появлению эротических сновидений и, главное, по возникновению у нее оргазма во время полового акта или при стимуляции эрогенных зон вне его. Иногда возникает ситуация, при которой женщина вылечилась от фригидности, однако не ощущает оргазма из-за наличия дисгамии, то есть достаточная стимуляция эрогенных зон не обеспечивается и женщина продолжает считать себя фригидной.

Лица, обращающиеся к специалистам в связи с проявлением псевдофригидности, нуждаются в разъяснительной консультативной помощи. Очень полезны специальные беседы с супружеской парой с разъяснением основ психофизиологии половой функции женщины.

Вагинизм

Психогенный (неорганический) вагинизм — это невроз, при котором непроизвольные судорожные сокращения мышц влагалища и тазового дна препятствуют проведению полового акта или гинекологическому обследованию. Судорожно сокращаются иногда и мышцы бедер и брюшной стенки. В происхождении клинических проявлений вагинизма определенную роль играют психические факторы.

Судорожное сокращение мышц, делающее невозможным проникновение во влагалище, наблюдается не только при психогенном вагинизме. Так, оно может наступать при прикосновении к половым органам женщины, вызывающем у нее сильную боль, например вследствие нарушения целостности наружных половых органов, трещин в области заднего прохода, вульвовагинита. В этом случае оно носит характер защитной, безусловно-рефлекторной, реакции и в отличие от психогенного вагинизма может быть названо вагинизмом органическим.

Степени вагинизма

Различают следующие три степени вагинизма:

- I степень — реакция наступает при введении мужского полового органа во время полового акта или при гинекологическом обследовании;
- II степень — реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним;
- III степень — реакция наступает при одном только представлении о половом акте или гинекологическом обследовании.

Страх перед половым актом у больных может быть как следствием услышанных ими рассказов, так и следствием реальной боли, пережитой при дефлорации.

Легко выраженные временные явления вагинизма, по поводу которых больные обычно не обращаются к врачу, когда-либо отмечались примерно у 10% женщин, живущих половой жизнью. Сюда относят инициальный вагинизм, возникающий в самом начале полового акта и исчезающий при осторожных фрикциях, а также климактерический вагинизм. Последний развивается в связи со снижением либидо и сухостью половых органов в начале акта.

Формы вагинизма

Можно выделить фобическую и истерическую формы вагинизма.

Фобическая форма

При фобическом вагинизме на первый план выступает навязчивый страх перед половым актом (коитофобия). Сами больные понимают его необоснованность или недостаточную обоснованность, но преодолеть не могут. При попытке совершить половой акт под влиянием охватывающего страха у них судорожно сжимаются бедра и мышцы вокруг входа во влагалище, в связи с чем акт становится невозможным. Не только прикосновение к половым органам, но даже приближение к ним или одна мысль о половой близости или гинекологическом обследовании ведет к развитию вагинизма II или III степени. В менее выраженных случаях (при вагинизме I степени) больные допускают стимуляцию области клитора рукой или мужским половым органом, но не допускают введения члена во влагалище. При этом возможна беременность при сохранности девственной плевы (после родов в этих случаях явления вагинизма обычно проходят). Упреки, требования или даже угрозы «взять себя в руки» лишь ухудшают их состояние, усиливают отчаяние.

К фобической форме вагинизма склонны женщины легковозбудимые, вегетативно-лабильные, боязливые, боящиеся боли, вида крови, а также тревожно-мнительные. Нередко в прошлом у них наблюдались различные фобии, например боязнь темноты. Встречаются больные, не боящиеся хирургических операций, уколов, лечения у стоматолога, но испытывавшие непреодолимый страх перед дефлорацией (дефлорациофобия). Страх перед половым актом при фобическом вагинизме был либо следствием услышанных ими рассказов, либо реальной боли, пережитой при дефлорации, особенно грубо произведенной.

В основе фобического вагинизма лежит образование патологически прочной условно-рефлекторной связи, как это характерно для навязчивых состояний, между половым актом и чувством страха.

Истерический вагинизм

Причиной истерического вагинизма (в отличие от фобического) является осознаваемое или неосознаваемое нежелание больной жить половой жизнью с данным мужчиной. Вагинизм является как бы средством для достижения этой цели. Он возникает по механизму «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома», носит черты гротеска, драматического изображения отвращения и боязни половой близости и нередко сопровождается жалобами на «жгучие боли», возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Характерен вагинизм второй и третьей степени. Вагинизм этой формы является обычно избирательным, то есть направленным лишь на определенное лицо.

Длительный вагинизм у жены часто приводит к ослаблению потенции у мужа в связи с развитием у него невроза ожидания и нередко возникновением застойных явлений в предстательной железе.

Вагинизм очень тяжело переживается супружеской парой и ведет к возникновению отношений, названных вирогамией («девственный брак»).

Причиной вирогамии, помимо вагинизма, может являться также половая слабость мужа или, что встречается крайне редко, неопытность супругов, вследствие чего они не могут начать половую жизнь. Обычно ни родители, ни друзья не знают о том, что брак «фактически не состоялся».

Лечение

При лечении психогенного вагинизма необходимо участие обоих супругов.

Больные вагинизмом нуждаются в мягком, доброжелательном отношении. Недопустима «примитивная психотерапия» в виде упреков, угроз, требований «взять себя в руки».

При незначительной выраженности вагинизма больные могут попытаться преодолеть страх самостоятельно. Для этого необходимо несколько раз в день то напрягать мышцы живота и ягодиц (словно хочется прервать акт мочеиспускания), то, наоборот, расслабиться, стараясь как бы вызвать мочеиспускание или что-то вытолкнуть из влагалища. В дальнейшем следует вводить во влагалище 1—2 пальца, увлажненные кремом, и совершать ими вращательные движения. Иногда это легче всего осуществлять, сидя в туалете.

Если вагинизм возник после дефлорации, можно попытаться возобновить половую жизнь в положении, при котором мужчина лежит на спине, а женщина сидит на нем и сама вводит его половой член во влагалище.

Поскольку психогенный вагинизм и коитофобия относятся к неврозам, естественно, что основным методом лечения является психотерапия. Во всех случаях вагинизма имеет значение рациональная психотерапия, направленная на разъяснение причины заболевания и правильно ориентирующая в отношении половой жизни. Но с помощью одной только рациональной психотерапии устранить вагинизм невозможно. Малоэффективна и аутогенная тренировка. Она лишь объективно облегчает достижение мышечного расслабления в покое, однако не устраняет вагинизма. Достигнуть излечения путем гипнотерапии удается в очень редких случаях у легко гипнабельных больных.

Транквилизаторы лишь несколько ослабляют чувство страха, но вместе с тем снижают *ч* волевую активность больной, направленную на его преодоление. Не устраняет страха и применение больших доз любимого в народе алкоголя. Циркулярное рассечение мышц, предлагавшееся для лечения вагинизма, недопустимо, так как оно травматично и не избавляет больную от страха.

При лечении психогенного вагинизма у девственницы показана хирургическая дефлорация, проводимая с согласия супругов. Она значительно облегчает последующее лечение. Мужу она позволяет начать половую жизнь при ослабленной эрекции, а также способствует устранению у него невроза ожидания, вызванного боязнью не суметь осуществить половой акт и дефлорацию. Операцию целесообразно проводить без дачи наркоза. Перед этим необходимо отвлечь предварительно внимание больной, например процедурой осмотра, попросить расслабиться и без предупреждения быстро ввести расширитель или зеркало Куско. В редких случаях одной хирургической дефлорации достаточно для устранения вагинизма. Обычно хотя дефлорированная больная и понимает, что теперь половая жизнь будет безболезненной, страх перед половым актом и вагинизм сохраняются. Требуется специальная техника лечения.

В связи с тем что больные вагинизмом очень бурно реагируют даже на незначительные болевые ощущения, вызванные прикосновением к половым органам или попыткой полового акта, дальнейшее лечение следует проводить лишь через 3—5 дней после того, как полностью остановится кровотечение.

Техника лечения психогенного вагинизма, по Свядощу

С больной проводится беседа, во время которой врач понимает, что больная испытывает непреодолимый страх, пытается его преодолеть, дает себе клятвенные обязательства сегодня же начать половую жизнь с мужем, но в последний момент судорожно сжимаются ноги, и больная ничего не может с собой поделать. Больную заверяют, что все равно страх будет преодолен. Выясняют, была ли боль и кровь при половом акте или его попытке, какова была потенция у мужа. Для ее уточнения можно взять руку больной и нажать на ладонь с умеренной силой. Спросить, может ли муж с такой же силой оказать давление на половые органы больной. Аналогичную пробу можно провести и с мужем. Если больная не жила половой жизнью, следует получить у супругов принципиальное согласие на медицинскую дефлорацию, если это необходимо.

Далее переходят к гинекологическому осмотру. Обещают прекратить его, если возникнет чувство боли. Многие больные вагинизмом никогда не обращались к гинекологу, при виде гинекологического кресла испытывают страх и отказываются от осмотра. В таком случае осмотр следует проводить на диване, что не вызывает такого страха и удобнее для дальнейшего лечения, так как создает условия для сближения с мужем в дальнейшем. Если больная резко сжимает ноги, не допуская или затрудняя осмотр, ей предлагают одетой лечь на диван, расслабить мышцы бедер, согнуть ноги в коленях и широко раздвинуть их, представлять себе обстановку сближения с мужем. Рекомендуют дома провести с мужем тренировку одетой в указанной позе, имитируя половое сближение. Если у дефлорированной больной даже приближение руки врача к половым органам вызывает чувство страха и мышечное напряжение, врачу рекомендуется резким движением несколько раз нажать тыльной поверхностью кисти на половые органы больной, показав ей, что такое давление безболезненно, что область эта малочувствительна и что у нее «не боль, а страх». После этого смазывают вход во влагалище вазелином, осматривают его и, определив возможность свободного введения пальца, быстрым движением вводят его во влагалище. Далее, несмотря на страх и попытки больной вытолкнуть палец, удерживают его во влагалище. Убеждают больную, что ей не больно, а только страшно, и что палец останется внутри, пока страх не пройдет. Оставляют его внутри на несколько минут, сначала не двигая им, потом совершая легкие движения. Далее вынимают палец и тут же вновь вводят его. Когда больная успокоилась, предлагают ей самой ввести палец врача, повторив это несколько раз. Постепенно боязнь процедуры угасает.

Для дальнейшего лечения требуется специальный набор расширителей разного диаметра. В большинстве случаев достаточно 2—6 сеансов.

Психогенные сексуальные расстройства у мужчин

Виды половых расстройств

Выделяют следующие симптомокомплексы половых расстройств у мужчин, в развитии которых в той или иной степени присутствует психогенный компонент:

- общее ослабление половой функции вплоть до полного ее отсутствия;
- ослабление (отсутствие) полового влечения;
- ослабление (отсутствие) эрекционной фазы;
- ослабление (отсутствие) эякуляторной фазы;
- ослабление или отсутствие оргазма (асперматизм);
- преждевременное семяизвержение с нормальной или вторично ослабленной эрекцией;
- навязчивый страх половой несостоятельности.

Влияние половых расстройств на психическое и соматическое здоровье

Нарушения в сексуальной сфере делают мужчину неспособным обеспечить женщине половое удовлетворение, нарушают взаимоотношения в семье и нередко ведут к ее распаду. Холостой мужчина при наличии истинной или мнимой импотенции не решается создать семью и в то же время вынужден скрывать от своих родных и знакомых причину невступления в брак. Мужчина не стесняется сообщить близким о возникшем заболевании органов дыхания, пищеварения или кровообращения, но считает для себя унизительным, если окружающие узнают о том, что он страдает половой слабостью. Постепенно у него сужается круг общения, так как его сверстники и друзья обзавелись семьей и у них стало с ним мало общих интересов. Все это болезненно переживается мужчиной, является для него тяжелой психической травмой и нередко ведет к

возникновению неврозов. Наблюдаются невротические депрессии с доминированием представлений о своей сексуальной неполноценности, подавленным настроением. Чтобы скрыть невозможность своего вступления в брак, некоторые больные начинают скитаться, уходят из дома и меняют место жительства и работы, избегают женского общества, пьянствуют.

При истерических ипохондриях, являющихся реакцией на сексуальную несостоятельность, больные фиксируют внимание на действительных или мнимых соматических заболеваниях, «оправдывающих» тем самым снижение сексуальной активности. При ипохондрическом неврозе часто отмечается фиксация внимания на сенестопатиях и якобы возникших изменениях в половых органах. У молодых людей после случайной сексуальной неудачи или под влиянием ятрогении нередко возникает онанофобия, а в далеко зашедших случаях — коитофобия — боязнь полового акта, приводящая к психогенной импотенции и боязни вступления в брак. Редко встречаются больные с сексуальными расстройствами, у которых не удается выявить таких явлений навязчивости, как боязнь неудачи. Особенно часты подобные фобии у тревожно-мнительных личностей.

Причины половых расстройств

Одной из причин психогенных нарушений половой функции у мужчин является невроз ожидания неудачи. Чаще всего он возникает у молодых людей после двух-трех неудачных попыток начать половую жизнь. Причины неудачи при этом могут быть различные: неопытность молодого человека, плохо ориентирующегося в расположении женских половых органов, повышенная возбудимость, ведущая к наступлению семяизвержения еще до введения полового члена (ejaculatio ante portas), тревожное ожидание неудачи, вызванное боязнью мнимых последствий онанизма (онанофобия), состояние алкогольного опьянения, длительное сопротивление девушки и т. п. Первая неудача обычно вызывает лишь чувство настороженности, но, если за ней следуют новые неудачи, возникает глубокая тревога и боязнь потерпеть фиаско — «опозориться». При онанофобии эта боязнь может возникнуть до начала половой жизни.

Невроз ожидания чаще всего возникает у лиц тревожно-мнительных. Наличие слабой половой конституции также предрасполагает к его возникновению. Он нередко наблюдается у молодых людей, обладающих крупными, хорошо развитыми половыми органами, создающими дополнительные сложности при попытке дефлорации. В дальнейшем у них обнаруживается нормальная половая способность. Ночные эрекции у больных сохранены. Близость девушки, ласки, пока больной одет, вызывают эрекцию, но стоит лечь в постель, как под влиянием боязни неудачи эрекция становится слабой или исчезает совсем. Иногда она начинает исчезать уже при одном приготовлении к половой близости. Невроз ожидания может являться причиной избирательной импотенции.

В сексопатологической практике достаточно часто встречаются больные с сочетанным расстройством либидо, эрекции и эякуляции.

Расстройства мужской потенции

Вряд ли найдется мужчина, у которого в тот или иной период жизни не возникало хотя бы временного ослабления потенции. Причины нарушения половой функции у мужчин весьма многообразны. К ним относятся органические заболевания головного и спинного мозга (травматические, сосудистые, опухоли), эндокринные заболевания, интоксикации (алкоголь, никотин, свинец и другие хронические интоксикации), хронический нефрит, диабет, соматогенные заболевания, вызывающие астению (инфекции, авитаминозы, алиментарная дистрофия). Кроме того, эти нарушения могут быть вызваны заболеваниями половых органов — предстательной железы, задней уретры

и семенного бугорка, механическими препятствиями к выполнению полового акта (пороки развития, гипоспадия, короткая уздечка). Сосудистые нарушения, затрудняющие кровоснабжение полового члена, являются причиной васкулогенной импотенции.

Нормальная потенция мужчины подвержена значительным возрастным и индивидуальным колебаниям. Приводимые факты статистики часто весьма спорны. По A. Kinsey, частота половых актов до 30 лет в среднем составляет 3,2 раза в неделю, после 30 лет — 2,2 раза и в 60 лет — 0,8 раза. У 96% 60-летних мужчин способность к половой жизни еще сохранена. По H. Schultz-Henke, нормальная частота половой жизни колеблется между 3 актами в день и 1 актом в месяц. M. Davis считает, что первые 3 месяца брака половая жизнь в среднем 2 раза в течение ночи, следующие 9 месяцев — 1 раз за ночь, последующие 2 года — 2 раза в неделю. А. М. Свядощ указывает на то, что в возрасте между 30 и 45 годами большинство лиц имеют половые сношения 2—3 раза в неделю, но также нормально, если они могут жить половой жизнью не реже одного раза в неделю. Среди мужчин, хотя и редко, встречаются «холодные натуры», у которых почти полное отсутствие полового влечения является врожденной особенностью.

Весьма часто (примерно в 80% случаев) расстройства половой функции вызываются психогенными факторами, которые и лежат в основе функциональных нарушений сексуальной сферы у больных неврозами (психогенная импотенция), и в 15% случаев — органическими. В остальных 5% случаев этиология сомнительна.

Клинические варианты нарушений потенции

Все клинические разновидности и варианты нарушений мужской потенции укладываются в две клинические группы: первичное и вторичное, или симптоматическое, расстройство потенции, наряду с которым предусмотрено выделение так называемой псевдоимпотенции.

Первичное нарушение потенции

Под первичным расстройством потенции подразумеваются случаи мужской половой слабости вне связи с каким-либо другим заболеванием, когда нарушения потенции выступают в качестве основного ядра заболевания. К первичным расстройствам потенции относятся:

- случаи сексуальных срывов, непосредственно не связанные с какой-либо предшествующей патологией организма, которые в дальнейшем развиваются по механизму невротической фиксации (паторефлекторная форма);
- нарушения потенции, обусловленные срывом нервной регуляции половой функции в результате систематических нарушений физиологической программы полового акта — прерванные и пролонгированные половые акты (дисрегуляторная форма);
- слабость половой функции, обусловленная вынужденным длительным половым воздержанием, приводящим к специфическим нейрогуморальным нарушениям (абстинентная форма);
- конституционально обусловленная половая слабость.

Вторичное нарушение потенции

К вторичному, или симптоматическому, расстройству потенции относятся нарушения, являющиеся специфическим синдромом различных заболеваний нервной системы, а также эндокринной, урологической, обусловленные сексуальной перверзией или какой-либо другой патологией.

К псевдоимпотенции относятся случаи неправильной интерпретации мужчинами своих сексуальных возможностей, приводящие к ошибочным умозаключениям о наличии у них половой слабости при фактическом отсутствии расстройств половой сферы.

Паторефлекторная импотенция

Причины паторефлекторной импотенции

Развитие паторефлекторной формы импотенции может быть вызвано следующими группами причин:

- значительное эмоциональное напряжение, вызванное опасениями быть обнаруженным в «непристойной ситуации», страх заражения ЗППП, установкой на свою несостоятельность вследствие практикуемой мастурбации, патологической идеализацией партнерши, страх причинить боль вследствие дефлорации или несоответствия размеров половых органов партнеров;
- неправильным проведением предварительного периода полового акта вследствие запредельного торможения половых центров от длительных предварительных ласк;
- внешние раздражители, приводящие к срыву полового акта;
- физиологические колебания половой функции и неправильная оценка своего состояния.

Характер развития этого вида расстройства протекает по механизму «невроза ожидания неудачи». В дальнейшем при неоднократном повторении временная патологическая связь закрепляется по мере нарастания числа неудачных половых актов. Причина расстройства, как правило, действует кратковременно, но оказывается настолько значимой для больного, что сами пациенты уверенно называют точную дату и обстоятельства возникновения заболевания. Характерно постепенное снижение полового влечения. Паторефлекторная форма импотенции чаще возникает в молодом возрасте (20—30 лет), когда имеет место наибольшая нагрузка на сексуальную функцию и наибольшая актуализация половой жизни.

Дисрегуляторная импотенция

Расстройства потенции, возникающие в результате систематических нарушений физиологической программы полового акта, формируются в результате функционального истощения спинальных центров, образования застойных явлений с последующим функциональными расстройствами регуляции половой деятельности, нарушения высшей нервной деятельности. Дисрегуляторная форма импотенции развивается постепенно, отмечаются временные улучшения. Как правило, явления половой слабости сочетаются с преждевременной эякуляцией или с притуплением оргазма. Нарушения либидо не характерны, иногда отмечается повышенная потребность в половых сношениях. Весьма часто у больных обнаруживается связанный с систематическим прерыванием полового акта хронический простатит, нейрогуморальные отклонения и выраженные невротические проявления.

Абстинентная форма импотенции

Развитие абстинентной формы обусловлено двумя патологическими механизмами:

- нарушение взаимодействия между семенниками и семенными пузырьками (усиленное всасывание в кровь секрета предстательной железы угнетает функцию семенников), возникновение застойных явлений в предстательной железе;
- детренированность половой функции и угасание условных половых рефлексов.

Этот вид расстройства характерен для мужчин пожилого возраста. Его развитие проходит через две стадии — патологическую и физиологическую. Первая характеризуется наличием повышенного либидо и спонтанных эрекций. Вторая — снижением либидо и эрекции, появлением преждевременного семяизвержения. Вместе с тем необходимо заметить, что длительное половое воздержание не всегда приводит к расстройствам потенции. Это зависит не только от длительности воздержания и возраста

больного, но и от половой конституции.

Конституциональная импотенция

Конституционально-генетическая форма расстройства потенции связана с врожденными особенностями половой функциональной системы. Половой акт у рассматриваемого контингента больных протекает длительно. Диапазон приемлемости узок. Сексуальная сторона жизни является малозначимой. Половое развитие у таких людей, как правило, запаздывает, выявляются нейрогуморальные сдвиги. Вторичное (симптоматическое) расстройство потенции возникает в связи с основным заболеванием и, как правило, проходит при стихании последнего. Однако у некоторых пациентов выраженность основного заболевания отступает на второй план в связи с развитием импотенции, или же основное заболевание протекает бессимптомно. Периодические колебания половой активности, в частности снижение ее в течение нескольких недель, а иногда и месяцев, встречаются у некоторых людей и могут быть связаны у них с очень легкими циклотимическими колебаниями настроения, которые, не выступая на передний план, иногда могут быть не распознаны.

Избирательная импотенция

Иногда у больных неврозами может наблюдаться избирательная (ситуационная) импотенция. Она вызвана торможением половой функции строго определенным раздражителем и обнаруживается при его действии. Так, например, импотенция появляется лишь в отношении определенного лица или в строго определенной ситуации. Вне этого половое возбуждение оказывается неугнетенным. Утренние и спонтанные эрекции в неподходящей обстановке обычно остаются сохранными.

К избирательной импотенции может привести ряд причин: фригидность жены (при демонстративно-равнодушном отношении к половой жизни влечение к ней пропадает), длительная ссора с женой в связи с возникшим к ней чувством антипатии, вид чего-либо отталкивающего, вызывающего отвращение к половой близости (обнаруженное уродство, неприятный запах), угрызения совести по поводу допущенной измены, нарушение привычного стереотипа половой жизни (например, изменение времени полового сближения). Надо сказать, что для огромного большинства здоровых людей все эти факторы сами по себе не являются патогенными. Они могут привести к возникновению заболевания лишь у лиц астенизированных, сенситивных, эмоционально лабильных, у тревожно-мнительных субъектов, а также при задержке полового созревания.

Истерическая импотенция

Сравнительно редко встречаются истерические нарушения сексуальной функции у мужчин. Так, в одном случае импотенция появилась у жениха после того, как он разочаровался в невесте, но был вынужден на ней жениться. Импотенция в отношении жены сохранилась и после брака, хотя при близости с другими женщинами ее не наблюдалось. Эта импотенция являлась для него «условно приятной или желательной» и вскоре привела к расторжению тягостного для него брака. В другом случае избирательная истерическая импотенция развилась у больного, жена которого неоднократно после половой близости с ним оскорбляла его мужское достоинство и в резкой форме высказывала неудовлетворенность. Половое влечение к жене угасло, и в отношении нее развилась импотенция. Между тем во время сна у больного возникали эрекции и периодические поллюции. Длительные эрекции также часто возникали днем в отсутствие жены. Наступившая импотенция избавляла его от супружеской жизни, ставшей для него неприятной.

Неврастеническая импотенция

При неврастении снижение потенции находится в тесной связи с общей астенией. Оно может возникать при длительном эмоциональном напряжении или состоянии стресса, вызванном острым психотравмирующим воздействием, и сопровождается гормональным сдвигом. Усталость, например, у студентов к концу учебного года, а также постинфекционная астения могут способствовать возникновению этого нарушения.

В начальном периоде неврастении иногда отмечается период растормаживания полового влечения, некоторого его усиления (учащения эрекций), однако при нарастании астении снижается и половая активность. В последнем случае утрачивается интерес к противоположному полу, ослабляется эрекционная способность, исчезают спонтанные эрекции (в норме у молодого здорового мужчины при пробуждении отмечается эрекция). Прекращаются эротические сновидения и поллюции (в норме они бывают при длительном воздержании 1 раз в 2—8 недель), перестают возникать эрекции под действием условно-рефлекторных раздражителей (эротических фантазий, разговоров на сексуальные темы, чтения литературы эротического содержания), становится редкой или совсем исчезает потребность в половой близости с женой.

Если раньше одно приготовление ко сну вызывало половое возбуждение, то теперь оно возникает далеко не так легко и быстро и нередко лишь под действием более сильных тактильных раздражителей эрогенных зон. В дальнейшем и это перестает вызывать половое возбуждение. Тревога по поводу возникшего снижения потенции и усиленная фиксация внимания на возникшем нарушении иногда ведут к попыткам любой ценой искусственно вызвать половое возбуждение и тем самым к еще большему ослаблению и без того ослабленной функции, а также общему ухудшению состояния больного. Такие нарушения потенции сравнительно легко обратимы и проходят с общим улучшением самочувствия и исчезновением явлений астении. В этом периоде очень важно правильное, тактичное поведение жены. Оно (тактичное поведение) может успокоить больного и предотвратить возникновение сексуальной дисфункции вследствие чрезмерной фиксации внимания и тревожного ожидания неудачи.

Распространенность импотенции у молодых мужчин составляет 8%. Однако впервые это расстройство может возникнуть и в более позднем возрасте. Важную роль для определения этиологии дисфункции играет история болезни. Если больной сообщает о том, что у него бывают утренние эрекции, спонтанная эрекция или нормальная эрекция при мастурбации или половом акте с другой, а не с постоянной партнершей, то органическая причина импотенции исключается.

Псевдоимпотенция

Псевдоимпотенция имеет два варианта развития — дисгармонический и дезинформационный. Первый является следствием ошибочных оценок и действий супругов и диапазона приемлемости у супругов, при наличии у жены фригидности или гиперсексуальности, а также при недостатках техники половых сношений. Второй вариант может быть связан с неправильными представлениями супругов о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Иногда мужчина в определенной ситуации считает своим долгом пойти на половое сближение даже вопреки своему желанию. К этому его обязывает как бы мужская честь.

Лечение

Лечение больных с различными формами расстройств потенции предусматривает дифференцированное комплексное применение психотерапевтических, медикаментозных,

физиотерапевтических, режимных лечебных мероприятий, назначение которых носит строго индивидуальный характер.

Ведущим методом лечения паторефлекторной формы импотенции является психотерапия, которая должна носить характер комплекса лечебных мероприятий. Применение лекарственных средств желательно свести к минимуму.

Для устранения психической задержки может быть применено и лечение внушением, в частности гипнотерапия и самовнушение. Облегчить преодоление этих задержек могут и фармакологические средства, стимулирующие половую деятельность. К ним относятся указанные выше настойка корня женьшеня, экстракт элеутерококка, пантокрин, галантамин, а также сапарал, стрихнин (0,1%-ный раствор по 1 мл подкожно ежедневно, всего 20 инъекций), можно в сочетании с 0,05%-ным раствором прозерина по 1 мл подкожно ежедневно (10 процедур). Препараты эти противопоказаны при повышенном артериальном давлении. Стимулируя наступление эрекции, они несколько ускоряют наступление эякуляции, а также усиливают тревожность. В связи с этим можно назначать их, например, в сочетании с корнем валерианы. На местном сосудосуживающем эффекте основано применение йохимбина (Iohimbini hydrochloridi, 0,005 г, по 1 таб. 3—4 раза в день или в виде 1%-ного раствора по 15—20 капель 3 раза в день). Он усиливает приток артериальной крови к половому члену, но не затрудняет оттока, в связи с чем эрекция зачастую оказывается недостаточной. Во всех случаях психогенной импотенции рекомендуется общеукрепляющее лечение.

При лечении больного иногда достаточно разъяснения причины заболевания, подкрепленного внушением наяву. При психогенной импотенции на почве невроза ожидания, при которой эрекция исчезает «в последний момент», рекомендуется метод мнимого запрета. Больному назначается 3—4-недельный курс лечения (желательна сложная пропись различных лекарственных средств) и указывается, что на все время приема лекарств ему запрещается половая жизнь. Предлагается спать с женой в одной постели, ласкать друг друга. Жену предупреждают о характере назначенного лечения. Запрет приводит к устранению тревожного ожидания неудачи, повышению либидо, в связи с чем вскоре больной его нарушает и начинает нормальную половую жизнь. Метод можно сочетать с суггестивной терапией. Применение транквилизаторов при анэрекционном синдроме рискованно — уменьшая чувство тревоги, они могут вызвать угнетение эрекции. Поэтому при неврозе ожидания, когда эрекции имеются, но исчезают при попытке сближения, иногда назначаются лишь малые дозы транквилизаторов, например тиоридазина (сонапакса) по 0,5—0,15 г в сутки или оксазепама (тазепама) (0,01 г) по 1 таб. 2 раза в день.

При дисрегуляторной форме первичного расстройства потенции психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на разъяснение больным механизмов возникновения у них расстройств, снятие вторичных невротических проявлений. В связи с тем что у больных обнаруживаются явления хронического простатита, показано применение диатермии, массажа предстательной железы.

Больным с абстинентной формой первичного расстройства потенции целесообразно назначение общетонизирующих средств (стрихнин, секурин, галантамин), витамина Е, кратковременное назначение гормонов. Назначение последних показано, если импотенция возникает у больных с пониженной функцией половых желез или если под влиянием стресса, связанного с тревогой, страхом, временно угнетается выработка собственных андрогенов. Все же и в этих случаях желательно лишь кратковременное назначение эндокринных препаратов — 1%-ного раствора тестостерона пропионата по 1 мл внутримышечно через день, 3 инъекции, а также андрогенов, обладающих замедленным действием (1 мл 10%-го раствора тестэната 1 раз в 10 дней, 2 инъекции). В качестве вспомогательного средства при лечении импотенции может быть использован эректор. Это механическое приспособление, позволяющее совершать половой акт при отсутствующей или неполной эрекции.

Удачная конструкция эректора разработана М. В. Цирульниковым. Если во время акта возникает эрекция, прибор не препятствует ей. Если она ослабевает, то конструкция вновь берет на себя фиксацию полового члена. Особое место должно быть отведено физиотерапии. Из водных процедур можно рекомендовать применение кислородных, углекислых, жемчужных, контрастных и радоновых ванн, которые полезно сочетать с веерным, циркулярным, сегментарным и восходящим душами. В комплексе с гидропроцедурами показано назначение фарадизации, дарсонвализации, точечного массажа и иглорефлексотерапии. Воздержание от половой жизни противопоказано.

Психотерапевтические мероприятия при конституционально-генетической форме первичного расстройства потенции должны быть направлены на активизацию половой жизни путем применения медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур. Инструктивная работа с женами и психотерапия супружеской пары должны предусматривать активизацию предварительного периода половых сношений и расширение диапазона приемлемости в интимных отношениях супругов. Медикаментозное лечение складывается из назначения общеукрепляющих и стимулирующих средств, витаминов, гормональных препаратов. Из физиотерапевтических средств применяют крестцово-промежностную гальванизацию, дарсонвализацию промежности или нисходящую гальванизацию позвоночника (продолжительность сеанса 15 мин), фарадизацию внутренних поверхностей бедер, гальванические трусы, по Щербаку. Показаны восходящий, циркулярный, сегментарный души, кислородные, углекислые, жемчужные, радоновые, морские, контрастные ванны.

Целесообразно проведение курсовой иглорефлексотерапии (последняя противопоказана при преждевременной эякуляции). Оказывают ли физиопроцедуры какое-либо специфическое действие на половые функции или все дело сводится к эффекту плацебо — вопрос спорный, однако эффективность процедур при их психотерапевтическом потенцировании становится колоссальной. Применение эректора оказывается малоэффективным. Мужские половые гормоны следует назначать с большой осторожностью, так как при высоком уровне собственных андрогенов они могут вызвать снижение их выработки яичками. Кроме того, избыток андрогенов, расщепляясь в печени, может привести к образованию гиперэстрогенемии. А эстрогены, как известно, подавляют половое влечение и половую функцию у мужчин. Поэтому иногда при применении андрогенов наблюдается парадоксальная реакция — не усиление, а ослабление половой функции. Длительное применение чрезмерно больших доз андрогенов в случае, когда не было их дефицита, может привести к угнетению функции гипофиза, атрофии яичек и азооспермии.

Психотерапия вторичных расстройств потенции должна быть направлена на смягчение и снятие личностных реакций больных на основное заболевание и половую слабость, что способствует разрыву образовавшегося порочного круга. При сосудистой, эндокринной и неврогенной формах импотенции применяется препарат каверджект (Caverject) из группы простагландинов. Препарат выпускается в виде порошка для инъекций во флаконах по 10 и 20 мкг в комплекте с растворителем и шприцем. Доза подбирается врачом для каждого больного индивидуально на основании проведенной пробы. При психогенной импотенции препарат показан в тех случаях, когда другие методы лечения неэффективны, и должен сочетаться с суггестивной терапией.

При инъекции в пещеристое тело полового члена препарат вызывает местную вазодилатацию и ослабление тонуса гладкой мускулатуры. В связи с этим через 10 мин возникает эрекция, которая держится около часа. Это позволяет больному с неврозом ожидания неудачи чувствовать себя уверенно. Рекомендуется научить больного самостоятельно делать себе интракавернозные инъекции на дому перед половой близостью. Помимо неудобств, при этом методе лечения возникает опасность инфицирования. Возможны также осложнения в виде приапизма, фибропластической индурации полового члена.

Лечение мужской импотенции, являющейся сопутствующим симптомом при астенических состояниях, сводится главным образом к лечению основного заболевания. При этом важно заметить больному, что половые органы у него нормальные, что нарушения носят временный характер, вызваны лишь переутомлением или эмоциональным напряжением и что отдых, покой и общеукрепляющая терапия приведут к быстрому восстановлению половой функции. Помимо обычной общеукрепляющей терапии, больному рекомендуется пища, богатая витамином Е (яйца, икра любой рыбы). Эмпирически установлено, что в этих случаях благотворно влияет на половую способность и пища, богатая сахаром.

В связи с этим рекомендуется больному ежедневно съедать по столовой ложке варенья или меда в течение 2—3 недель. Желательно сохранение обычного ритма половой жизни. Лишь при значительном ослаблении эрекции или резко выраженной астении показано воздержание от половой жизни в течение 2—3 недель, при разрешении спать с женой в одной постели. После 2—3-недельного отдыха назначается легкая стимулирующая медикаментозная терапия — пантокрин, женьшень, экстракт элеутерококка. Хорошее стимулирующее действие оказывает аутогемотерапия. При понижении полового влечения с ослаблением эрекции положительное действие оказывают углекислые ванны (Кисловодск, нарзанные ванны, курорт Арзни в Армении, Дарсун в Восточной Сибири). Углекислые ванны противопоказаны больным с повышенной нервной возбудимостью.

С целью профилактики рецидивов больному рекомендуется стремиться удовлетворить жену при первом половом акте и избегать повторных сношений, а также установить режим, при котором эрекция наступала бы естественно, без особой стимуляции извне.

При лечении импотенции, вызванной психотравмирующим поведением женщины или фиксацией ранее возникшего стереотипа половых отношений, рекомендуется психотерапия с обсуждением причины, породившей заболевание, и изменение отношения к психотравмирующему событию. Особенно важно при этом врачу встретиться с женой больного и в мягкой, деликатной форме указать ей на роль их отношений в возникновении болезни мужа, постаравшись достигнуть ее участия в улучшении этих отношений. Необходимо разъяснить, что расстройство потенции у мужей носит функциональный, обратимый характер, подсказать наиболее адекватную программу их поведения перед половым актом и во время него.

При псевдоимпотенции лечебные мероприятия представляют собой проведение рассудочной коллективной психотерапии, основное назначение которой сводится к разъяснению больным физиологии половой функции и ее норм, а также закономерного влияния на нее различных факторов.

Вживление в половой член фаллоэндопротеза для устранения психогенной импотенции нежелательно, так как операция травматична и не исключена возможность осложнений. В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что лечение должно иметь характер комплексных, курсовых и строго индивидуальных мероприятий.

Преждевременная эякуляция

Преждевременная эякуляция (ejaculatio praecox) является основной жалобой 35—40% мужчин, получающих лечение по поводу сексуальных расстройств, и представляет собой устойчивое и повторяющееся возникновение оргазма и эякуляции раньше, чем мужчина этого хочет.

Причины преждевременной эякуляции

Средняя продолжительность полового акта у большинства мужчин составляет от

одной до пяти минут при интенсивном непрерывном его проведении (1 мин при 68 фрикциях, до 3,5 мин при 270 фрикциях). Большинство мужчин (в отличие от большинства женщин) могут вызвать у себя оргазм сразу же после начала полового акта. Однако многие мужчины могут усилием воли (вызыванием соответствующих представлений, отвлечением внимания посторонними мыслями) несколько задержать его наступление, особенно если они прибегают к паузам или к ослаблению фрикций, когда чувствуют, что эякуляция приближается, а женщина еще недостаточно возбуждена. При этом половой акт иногда продлевается до 20 мин и дольше. Надо сказать, что длительное затягивание его иногда может вести к возникновению застойных явлений в половых органах, а потому нежелательно.

У здоровых молодых людей, длительно воздерживающихся от половой жизни или от онанистических актов, быстрое наступление эякуляции — явление физиологическое. Она может наступать в таких случаях через несколько секунд после начала полового акта (при этом эрекция часто не сразу исчезает после эякуляции). У них же при повторном половом акте (обычно следующем через 10—40 мин за первым) или после нескольких дней половой жизни наступление эякуляции удлиняется до нескольких минут. Быстрое наступление семяизвержения может явиться следствием привычки: например, при половой жизни с фригидной женщиной, для которой желательно скорейшее прекращение полового акта.

К преждевременному семяизвержению у легковозбудимых мужчин могут привести длительные или интенсивные ласки в подготовительном периоде (иногда они действуют на мужчину более возбуждающе, чем на женщину, которую он ласкает), резкое общее нервное возбуждение, связанное с половым сближением (у новобрачных). Некоторые сексологи говорят о преждевременной эякуляции лишь в тех случаях, когда у мужчины оргазм наступает в течение первой минуты полового акта (после этого он еще способен некоторое время продолжать половой акт, хотя и при ослабленной эрекции). О преждевременной эякуляции можно говорить и тогда, когда у ранее здорового мужчины резко сокращается способность к длительному совершению полового акта, например, с нескольких минут до нескольких секунд. В диагностических указаниях к МКБ-10 (международной классификации болезней 10-го пересмотра) предлагается считать ускоренным семяизвержение, наступившее раньше чем через 15 с после начала полового акта.

Относительным ускорением эякуляции (ejaculatio praecox relativa), по данным некоторых авторов, принято считать возникновение семяизвержения до появления оргазма у женщины, хотя от момента введения полового члена во влагалище и до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20—25 фрикций. При неврастении преждевременная эякуляция может сочетаться с гипо- или анэрекционным синдромом. Повышенная возбудимость и легкая истощаемость могут вести также к значительному учащению поллюций у лиц, воздерживающихся от половой жизни.

В тех случаях, когда преждевременная эякуляция возникает во время половой жизни в связи с астенией, она обычно довольно быстро проходит при улучшении общего состояния.

Быстрая возбудимость и быстрая истощаемость, то есть раздражительная слабость, столь свойственные гиперстенической форме неврастении, могут оказывать влияние на сексуальную деятельность. Так, повышенная возбудимость может привести к облегчению возникновения эрекции под действием как условно-, так и безусловно-рефлекторных раздражителей. Сама по себе легкость возникновения эрекций не является симптомом патологическим или нежелательным и может встречаться у здоровых молодых людей с высокой потенцией. Однако при неврастении она сочетается с быстрой истощаемостью, то есть представляет собой проявление раздражительной слабости, и тогда может вести к очень быстрому наступлению эякуляции.

Преждевременная эякуляция не является симптомом, патогномоничным для неврозов. Она может возникать при различных заболеваниях (неврастенических синдромах любого генеза, травматических и органических заболеваниях спинного мозга), ведущих к повышенной возбудимости центров эрекции и эякуляции, при синдроме парацентральных долек, половых излишествах и после чрезмерного затягивания полового акта, нарушениях функции половых центров в старости, воспалительных заболеваний предстательной железы и семенного бугорка, атонии предстательной железы. Учитывая это, больные с жалобами на преждевременную эякуляцию нуждаются в обследовании не только невропатолога, психиатра, но и уролога.

Лечение

Преждевременная эякуляция лучше всего поддается лечению методами поведенческой терапии. В 1959 г. J. Semans предложил метод лечения преждевременной эякуляции, основанный на применении болевого воздействия. Женщине предлагалось возбуждать мужа, и, как только он подаст сигнал о приближении эякуляции, она должна, охватив половой орган тремя пальцами, большим пальцем оказать сильное болевое нажатие на уздечку полового члена, чтобы затормозить семяизвержение. Процедуру повторяют несколько раз за сеанс, таким образом тренируя половую «выдержку». На основе этого метода W. Masters и V. Johnson (1970 г.) разработали программу тренировок. На первом этапе жене предлагается сесть между ногами лежащего на спине мужа и рукой возбуждать его половой орган, проводя 3—4 болевых нажатия за сеанс, не допуская наступления эякуляции в течение 15—20-минутного сеанса.

На втором этапе тренировки женщине самой необходимо то вводить половой член мужа во влагалище, то оказывать болевое нажатие, как только эякуляция приближается. В первые дни половой орган следует вводить в позе: женщина сидит на корточках над лежащим мужем, в последующие дни — в позе на боку, в дальнейшем — в любой позе. Во время первых сеансов половой член оставляется во влагалище, при последующих — женщина совершает все более активные движения. Тренировка занимает около 2 недель, в течение следующих 6 месяцев сеанс сжатия проводится по мере необходимости, а также при наличии перерыва в половой жизни, вызванного, например, менструацией. Иногда в начале лечения возникает преходящая импотенция, о чем больных следует предупредить. По существу это метод условно-рефлекторной терапии при болевом подкреплении. Недостатком его является необходимость значительного привлечения женщины к выполнению тренировок. Разновидность этого метода — техника «стоп-старта». Сжатие в этом случае не используется, а стимуляция полового члена прекращается по мере того, как приближается эякуляция.

Обычно половое воздержание при преждевременной эякуляции приводит к укорочению времени наступления оргазма. В связи с этим больным рекомендуется сохранять привычный ритм половой жизни и воздерживаться от лечения, пока они не начнут регулярной половой жизни.

При преждевременном семяизвержении рефлекторная возбудимость центра эякуляции повышена, и достаточно нескольких секунд раздражения нервных окончаний головки полового члена, чтобы возник рефлекс семяизвержения. Иначе говоря, имеется «эротическая гиперестезия» головки полового члена. Достаточно ее снизить с помощью местноанестезирующих препаратов, и длительность полового акта сразу же возрастет. Например, раньше использовалась мазь следующего состава: дикаин — 1,0 г; анестезин — 0,5 г; ланолин — 8,0 г; вазелин — 12,0 г. Рекомендовалось наносить мазь на головку полового члена за 1,5—2 ч до полового акта 2—3 раза в неделю. В настоящее время в специализированных магазинах в ассортименте присутствуют мази подобного состава, которые служат для удлинения продолжительности полового акта.

Снижение чувствительности головки полового члена можно достигнуть применением презерватива. В настоящее время некоторые фирмы выпускают презервативы, в состав смазки которых входят местноанестезирующие вещества.

Как симптоматические средства для лечения преждевременной эякуляции могут быть применены тиоридазин (сонапакс) и в меньшей мере хлордиазепоксид (элениум). Прием 25—100 мг тиоридазина перорально за 1—3 ч до половой близости нередко ведет к тому, что мужчина приобретает способность более длительно совершать половой акт и тем самым хотя бы временно избавляется от преждевременной эякуляции. Тиоридазин иногда вызывает побочное явление в виде вялости, слабости и некоторыми плохо переносится. Длительное применение его может вызвать асперматизм.

Из физиотерапевтических процедур при преждевременной эякуляции могут быть назначены: вибрационный массаж на промежность, прохладные циркулярные и восходящие души, нисходящая гальванизация позвоночника, гальванический воротник, индуктотермия спинальных центров, 15—20 сеансов ежедневно или через день по 20—15 мин — один электрод накладывают на позвоночник (Th XII — LI), другой — на промежность. Эти процедуры оказывают не только психотерапевтический эффект, но и снижают возбудимость эякуляторного центра. При психически обусловленной преждевременной эякуляции недостатком местных процедур является то, что они могут создать у больного впечатление о наличии у него местного заболевания со стороны половых органов, однако их положительным психотерапевтическим эффектом пренебрегать несправедливо.

Роль сексуальных расстройств в возникновении соматических и психических заболеваний

В данном материале не рассматриваются половые расстройства, которые проявляются гиперсексуальностью (нимфомания у женщин и сатириазис у мужчин). Эти расстройства встречаются гораздо реже описанных выше. У большинства пациентов эти расстройства связаны с психическими заболеваниями (маниакальное состояние в структуре шизофрении, МДП), органическими поражениями нервной системы (в этих случаях гиперсексуальность часто сочетается с расстройством влечений), эндокринной и урогенитальной патологией.

У большинства больных, помимо сексуальных расстройств, одновременно еще наличествуют конфликтные ситуации семейного или производственного характера. Признавая роль сексуальных конфликтов в генезе некоторых заболеваний, считать их универсальной причиной неврозов совершенно необоснованно. Встречаются сотни больных различными неврозами и психосоматическими заболеваниями, у которых половая жизнь протекает совершенно нормально. Нарушения половой функции могут быть не только причиной сексуальных конфликтов, но и следствием невроза (обсессивно-фобического невроза, невроза ожидания, истерии).

Сексуальные дисфункции могут быть проявлением биологических нарушений (биогенные), внутрипсихических и межличностных конфликтов (психогенные) или сочетания этих факторов. На сексуальную активность могут неблагоприятно влиять любые стрессы, эмоциональные расстройства. Вне зависимости от этиологии сексуальное расстройство сопровождается устойчивой тревогой, связанной с сексуальной потенцией. Сексуальная дисфункция может быть врожденной или приобретенной (развиться после периода нормальной половой функции), генерализованной или ситуационной (ограниченной определенным партнером или определенной ситуацией), обусловленной психологическими факторами или сочетанием различных факторов.

Одной из наиболее частых причин возникновения у женщин различных «функциональных нарушений деятельности внутренних органов», в частности «неврозов сердца», желудочно-кишечных и мочеполовых расстройств, при которых не находят

каких-либо изменений со стороны соматической сферы, объясняющих эти нарушения, является половая дисгармония. Врачу при обследовании больных с так называемыми функциональными нарушениями деятельности внутренних органов следует во всех случаях выяснять интимную сторону половой жизни и обращать внимание на важность ее нормализации.

Однако роль сексуальных факторов в этиологии неврозов и психосоматических расстройств не сводится лишь к реакции на половую несостоятельность. Так, у одного больного, жившего в браке около 30 лет, никогда не возникало полового влечения к жене. Он был вынужден вызывать у себя половое возбуждение воспоминаниями о других женщинах, с которыми часто изменял супруге. По характеру эмоционально лабилен, склонен к демонстративным поступкам, обладает повышенным чувством долга, педантичен. Однажды, находясь в командировке, провел ночь со случайной женщиной, которая наутро вдруг недоверчиво спросила его о том, не болен ли он венерическими заболеваниями. Вопрос заставил больного задуматься о возможности заражения гонореей или трихомониазом. Неоднократно обследовался по этому поводу у дерматовенеролога, сдавал многочисленные анализы.

При обследовании простаты per rectum вдруг почувствовал себя плохо, уролог сообщил, что, возможно, это результат застойных явлений в предстательной железе. Отрицательные результаты анализов не приносили успокоения. Мучительная навязчивая мысль, что он болен простатитом, прочно укоренилась в его сознании. Последние 9 лет болен ипохондрическим неврозом с выраженным невротическим изменением личности. Возникают периоды выраженного беспокойства и отчаяния, когда больной с трудом может отвлечься от своих переживаний и приступить к выполнению работы. Перед сном и в общественном транспорте возникают ложные позывы на мочеиспускание, страх упустить мочу, в результате чего приходится часто ссаживаться (причем на остановке через некоторое время позывы исчезают), нарушено засыпание. Половое влечение отсутствует. Пытается себе логически доказать необоснованность своих опасений, иногда это удается, однако чаще страхи не проходят, несмотря на все доводы рассудка.

Очевидно, неудачно сложившаяся семейная жизнь породила у данного больного конфликт между долгом и желанием. Случайная половая связь вызвала обоснованные опасения заражения венерическим заболеванием, что явилось пусковым моментом развития заболевания.

Глава 3. Лечение психосоматических расстройств

Общие принципы традиционной терапии психосоматических расстройств

Терапия психосоматических заболеваний требует индивидуального комплексного подхода.

В настоящее время лечение этой категории больных в основном сводится к комбинации фармакотерапии и психотерапии, также целесообразно проведение физиотерапии, бальнеотерапии и курортотерапии в качестве дополнительных противорецидивных и профилактических мероприятий.

Нельзя отрицать эффекта в ряде случаев от применения нетрадиционных методов терапии.

Ведь лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как врача соматического профиля, так и психиатра, психотерапевта и психолога.

Роль врача-психиатра в лечении психосоматических больных

Медицинская помощь при психосоматических расстройствах должна осуществляться в рамках так называемой взаимодействующей психиатрии (модель интегрированной медицины, по В. Н. Козыреву). Предполагается тесное сотрудничество психиатра-консультанта и врача общей практики. Консультант-психиатр участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет совместно с лечащим врачом тактику лечения, а в дальнейшем при необходимости повторных консультаций осуществляет контроль над терапией. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в динамическом наблюдении, когда психиатр осуществляет совместное с врачом общей практики лечение больного, используя психофармакотерапию или психотерапию. Предполагается, что психиатр, работающий в больницах общего типа, не должен подменять врача другого профиля и становиться лечащим врачом. Замещающая модель неэкономична и непрактична, так как потребовала бы нерационального увеличения числа участвующих в процессе терапии психиатров.

Чаще всего лечение пациентов с психосоматическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара. При тяжелых психических нарушениях наблюдение и терапию целесообразно осуществлять в психосоматических отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц, либо (если позволяет соматическое состояние) в психиатрической клинике.

Профилактика психосоматических заболеваний

Пациентам с психосоматическими расстройствами, не нуждающимся в стационарном лечении, специализированную помощь оказывают в территориальной поликлинике.

Психиатр, работающий в поликлинике, выступает как в роли консультанта (постоянное наблюдение и терапию осуществляют врачи широкого профиля), так и в качестве лечащего врача, оказывающего весь объем необходимой помощи, включающей биологическую и психотерапию. В этом случае лечение проводится в условиях психиатрического кабинета (кабинет неврозов) территориальной поликлиники.

И все-таки, начиная тему лечения психосоматических расстройств, нельзя обойти проблему профилактики. Профилактика пограничных и смежных с ними психических расстройств, в том числе и у соматических больных или у пациентов с соматизацией психической патологии, заслуживает самого пристального внимания, поскольку предупредить болезнь легче, чем ее лечить. Погружаясь в болезнь, человек попадает в своеобразный порочный круг, выход из которого требует немалых затрат и усилий со стороны больного и врачей. Длительность продромальных преневротических и препсихотических расстройств обычно исчисляется годами, еще годы проходят, пока сущность выявившегося психического расстройства, например соматоформного, станет очевидна для врача непсихиатрической специальности, и он направит соответствующего больного к психиатру.

Профилактика в детском и юношеском возрасте

Для всех специалистов очевиден тот факт, что многие заболевания, с которыми человек проходит через всю свою жизнь, закладываются еще в раннем детстве. Очень часто оставляемые без должного внимания жалобы ребенка на головные боли (особенно в сочетании с повышенной утомляемостью, расстройствами сна, головокружениями, гипергидрозом — повышенной потливостью) могут в дальнейшем иметь серьезные последствия вплоть до наступления ранней инвалидизации. Поэтому подобные случаи требуют тщательного обследования ребенка с участием окулиста, невропатолога, психиатра и медицинского психолога. Если такой ребенок к тому же имеет

дополнительные нагрузки (изучение языков, занятие музыкой, рисование), не вызывающие у него положительных эмоций, необходимо их ограничить.

Требуют внимания различные психопатические реакции в пубертатном периоде. Например, неустойчивым личностям необходим положительный лидер (занятие спортом, туризмом, посещение различных кружков). Астеникам подходят подвижные игры, шизоидам — занятия в коллективе. Истеричных детей нельзя выделять из общей массы. Во всех соответствующих случаях необходимо выявление девиантных черт личности подростка и их корректировка, тренировка волевых качеств. В ряде случаев оправдана их медикаментозная нивелировка, так как без этого вмешательства возможно дальнейшее искажение формирования личности подростка.

Профилактика во взрослом возрасте

Во взрослом периоде наличие тех или иных признаков соматоневрологической уязвимости может весьма отрицательно сказаться при работе в условиях воздействия профессиональных вредностей: здесь отчетливо выявляется все, что было запущено; кроме того, проявляются соматоформные расстройства. Здесь особенного внимания заслуживают вопросы профилактики перегрузок и нарушений техники безопасности при умственной работе (перерывы, проветривание кабинетов, соответствие компьютерных мониторов гигиеническим нормам и т. д.).

Основные ошибки в использовании психотропных средств

К профилактике психосоматических расстройств также следует отнести адекватную медицинскую помощь, предупреждение так называемых ятрогений (патологических состояний в результате некорректного врачебного вмешательства). К сожалению, в медицинской практике врачами всех специальностей допускаются ошибки и ошибочные суждения (например, что все седативные препараты снижают артериальное давление). Особо хотелось бы коснуться ошибок в использовании психотропных средств, которые можно сгруппировать следующим образом:

- использование препарата не по показаниям (стимулирующие препараты при тревоге и седатики при вялости и апатии);
- неправильное распределение приема препаратов в течение суток (стимулирующие средства в вечерние часы, а седативные — утром);
- недооценка возможного развития побочных эффектов и недоучет индивидуальных и возрастных изменений чувствительности к медикаментам;
- неадекватные дозы назначаемых средств (чаще слишком малые, а потому неэффективные);
- длительное применение одного препарата, непонимание целесообразности курсового цикличного приема, а иногда даже полной отмены, редкость комбинированного приема психотропных средств из различных классов;
- недооценка возможного значительного повышения эффективности препаратов при их парентеральном применении;
- при отмене некоторых препаратов (в частности транквилизаторов) отказ от постепенного снижения дозировки.

Также хочется отметить то обстоятельство, что как врачи, так и сами больные не осознают необходимости в обращении к психиатру и психологу. Вместо этого больные длительное время обращаются к «профессионалам» по снятию порчи и сглаза, попадая в конечном итоге к специалистам должного профиля с опозданием в несколько лет, имея уже грубые необратимые нарушения со стороны соматики и психики.

Медикаментозная терапия

Основное место в арсенале лечебных воздействий при психосоматических

расстройствах принадлежит медикаментозной терапии. Воздействия медикаментов нужно направлять как на центральные и периферические отделы нервной системы, так и на психические реакции личности. Фармакотерапия психосоматических расстройств, учитывая их многообразие и наличие в ряде случаев коморбидной патологии внутренних органов, строго индивидуальна и не может проводиться по шаблону. При определении метода терапии учитывается клиническая характеристика психосоматических расстройств. Психотропные средства показаны в первую очередь при преобладании в клинической картине тревожно-фобических расстройств, ипохондрических фобий.

Назначение психотропных препаратов

Выбор психотропных средств во многом определяется выраженностью психопатологических проявлений. В случаях психопатологической незавершенности клинических расстройств (субсиндромальные состояния), их нестойкости и эпизодической манифестации, как правило, достаточным оказывается назначение препаратов класса транквилизаторов. Наряду с этим могут использоваться медикаменты, традиционно рассматриваемые как соматотропные, но обладающие и нерезко выраженным психотропным эффектом (препараты группы бета-блокаторов, обнаруживающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами). При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома.

Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, распространенность выделяемых психосоматических расстройств неоднородна. В соответствии с результатами исследования, проведенного сотрудниками отделения по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН совместно с кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения ММА им. Сеченова, наиболее часто встречаются психосоматические расстройства, протекающие с психическими нарушениями (патохарактерологическими, невротическими, аффективными) пограничного уровня. При этом полный объем необходимой помощи в соответствии с современными подходами требует медикаментозного вмешательства.

Подтверждением такой позиции могут служить, в частности, результаты слепого плацебо-контролируемого сравнительного исследования эффективности фармако- и психотерапии в сопоставлении с плацебо при лечении пациентов с органными неврозами. Несмотря на наибольший непосредственный эффект при использовании психотерапии (79% против 69% при фармакотерапии), при оценке отдаленных результатов (трехлетнее катамнестическое наблюдение) отмечаются обратные соотношения: эффект фармакотерапии более стоек и значительно превосходит аналогичные показатели психотерапии (60% против 50%).

Фармакотерапия психосоматических расстройств предполагает использования широкого спектра психотропных средств — в первую очередь транквилизаторов, а также антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков. Разнообразные терапевтические свойства психотропных средств делают их особенно полезными для устранения ряда симптомов и синдромов психического, неврологического, нейровегетативного характера, часто возникающих в ходе различных заболеваний. Разумеется, в этих случаях психотропные препараты не решают основных проблем терапии, но нередко играют значительную роль в комплексе лечебных мер. Необходимо подчеркнуть, что медикаментозное лечение необходимо сочетать с психотерапией и реабилитационной работой. Назначение психотропных средств облегчает проведение многих психотерапевтических мероприятий.

Приведенные данные согласуются с показателями потребности в различных средствах психофармакотерапии для лечения психосоматических расстройств. Так, наиболее высока потребность в транквилизаторах и антидепрессантах, в которых

нуждаются до 40—65% и 12—25% пациентов соответственно, тогда как потребность в типичных нейролептиках ниже 5%.

Показания к назначению психотропных средств

Психофармакологические средства используются в основном исходя из соображений лечебного характера в следующих случаях:

- при необходимости преодоления вегетативных и функциональных нарушений, поддерживаемых психическим напряжением и конфликтными ситуациями;
- в тех случаях, когда основное заболевание сопровождается массивными функциональными нарушениями и пациент болезненно реагирует на основное заболевание;
- при так называемых психосоматических заболеваниях;
- когда соматическому заболеванию сопутствуют выраженное состояние страха, напряженность, подавленное настроение, отсутствие побуждений, утомляемость;
- когда вегетативные и соматические побочные явления, вызываемые психотропными препаратами, могут быть использованы для лечебного влияния на некоторые болезненные симптомы;
- при так называемой адаптации к больничным условиям.

Опытным клиницистам известно, что больной перед помещением его в стационар или в первые дни госпитализации испытывает определенное волнение. Некоторые больные полны тревоги, а иногда даже напряженного испуга из-за опасения, что у них будет обнаружено тяжелое заболевание. Другие боятся ощущения болей и напряжения, связанного с лечебными процедурами; третьи испытывают неудобство из-за совместного пребывания с другими больными, чаще всего незнакомыми людьми. Так или иначе, но любой больной в зависимости от особенностей своего характера волнуется в связи с фактом госпитализации и необходимостью общения с врачом.

Все это говорит о важности адаптации больного в первые дни пребывания в больнице, когда определяется его эмоциональное отношение к лечению, что играет большую роль в эффективности терапии, особенно при заболеваниях, имеющих непосредственную связь с переживаниями. Кроме общего действия, ряд психотропных препаратов обладает специфическими свойствами для купирования определенных симптомов и синдромов, например головокружения, рвоты, тошноты, спазмов и др.

Основные требования к психотропным средствам

Основные требования к психотропным средствам для терапии психосоматических расстройств можно сформулировать следующим образом:

- широкий спектр психотропной активности: эффективное воздействие на тревожные, аффективные (чаще депрессивные), ипохондрические (астенические, алгические, соматовегетативные) расстройства;
- благоприятный спектр побочных эффектов с минимальным, негативным воздействием на соматические функции;
- хорошие соматотропные эффекты (терапевтическое воздействие на сопутствующую соматическую патологию);
- малая поведенческая токсичность (малая выраженность или отсутствие седативных эффектов — сонливость в дневное время, нарушение внимания);
- минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии в период беременности;
- низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами;
- безопасность при передозировке, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Основные классы психотропных средств

Антидепрессанты

Антидепрессанты — медикаменты, выравнивающие сниженное настроение, способствующие появлению эмоционального подъема без эйфоризирующего эффекта.

Общее свойство всех антидепрессантов — их тимолептическое действие, т. е. положительное влияние на аффективную сферу больного, сопровождающееся улучшением настроения и общего психического состояния.

Первые лекарственные препараты, получившие применение в качестве специфических средств для лечения депрессий, появились в конце 50-х годов XX столетия. В 1957 г. при изучении некоторых производных гидразида изоникотиновой кислоты в качестве противотуберкулезных средств было обращено внимание на их эйфоризирующее действие. 2-изопропил-1-изоникотиноилгидразид вызывал у больных эйфорию и общее возбуждение. Изучение этого препарата в психиатрической клинике показало, что он эффективен при лечении больных с депрессивными состояниями. Исходя из элементов химической структуры (изопропилникотиноилгидразид) он получил название «Ипрониазид». Этот препарат стал родоначальником новой группы психотропных средств — антидепрессантов. В настоящее время открыта масса препаратов этой группы, разных по своей химической структуре и по механизму действия. Настоящая классификация не является универсальной и не лишена недостатков, однако на сегодняшний момент является наиболее удобной для использования в практических целях.

<u>Классификация антидепрессантов</u>

I. Трициклические антидепрессанты (ТЦА) и родственные им соединения. Представители: имипрамин, дезипрамин, амитриптилин.

II. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (СИОЗНС). Представители: венлафаксин, милнаципран.

III. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Представители: флуоксетин (прозак), пароксетин, сертралин, циталопрам, кломипрамин (анафранил).

IV. Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО):

- необратимые представители: фенелзин, транилципромин;
- обратимые представители: моклобемид (аурорикс), пиразидол.

V. Активаторы обратного захвата серотонина. Представитель: тианептин (коаксил).

VI. С рецепторным механизмом действия. Представители: миансерин (леривон), нефазодон, миртазапин.

VII. Антидепрессанты других групп: гептрал.

Исходя из соблюдения общих принципов психофармакотерапии при выборе конкретного антидепрессанта целесообразно ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов (простота схемы лечения и титрования доз). В среднем ко 2—3-й неделе терапии при использовании трициклических антидепрессантов наступает антидепрессивный эффект. Серотонинергические антидепрессанты сразу назначаются в стандартной фиксированной на весь курс дозе. Отчетливое улучшение, как правило, достигается через 3—4 недели терапии. Не менее важным является вопрос и о продолжительности тимоаналептической терапии. Преждевременная отмена антидепрессанта может привести к резкому обострению симптоматики. Поэтому отмену препарата производят постепенно.

Выбор конкретного вида тимоаналептической терапии определяется характером ведущего психопатологического синдрома и, соответственно, преимущественной

направленностью психотропного действия антидепрессанта. Разные антидепрессанты различаются по сумме фармакологических свойств.

В практическом отношении важно подразделение антидепрессантов на препараты преимущественно седативного, стимулирующего и сбалансированного действия. К группе антидепрессантов седативного действия относят амитриптилин, доксепин, миансерин (леривон), азафен; к группе антидепрессантов-стимуляторов — моклобемид (аурорикс), инказан, нортриптилин, имипрамин (мелипрамин), бупропион, флуоксетин; к антидепрессантам со сбалансированным действием — мапротилин (лудиомил), пиразидол, тианептин (коаксил, стаблон), кломипрамин (анафранил).

Пиразидол влияет не только на симптомы депрессии, но оказывает также ноотропное действие (см. Ноотропные препараты), улучшает когнитивные (познавательные) функции.

Трициклические антидепрессанты

Несмотря на то, что трициклические антидепрессанты (ТЦА) являются препаратами I поколения, они не потеряли своего клинического значения. Основной механизм их действия заключается в блокаде пресинаптического захвата как норадреналина, так и серотонина. В результате блокады обратного захвата моноаминов повышается их свободное содержание в синаптической щели и, соответственно, увеличивается длительность воздействия на рецепторы постсинаптической мембраны, что приводит к улучшению синаптической передачи. Однако ТЦА, помимо этого, обладают способностью блокировать альфа-адренергические и H1-гистаминовые рецепторы. Поэтому ТЦА относят к антидепрессантам неселективным, широкого спектра действия, и с этим связаны их побочные проявления.

Наряду с общими побочными эффектами, ТЦА обладают выраженными холинолитическими эффектами в виде сухости слизистой полости рта, снижения потоотделения, тахикардии, затруднения мочеиспускания, нечеткости зрения, запоров, тремора, а также нарушения сердечной проводимости. Этот спектр побочных эффектов вносит существенные ограничения в длительную терапию ТЦА, особенно у пожилых пациентов. Ограничивающим фактором для ТЦА является и небезопасность лекарственного взаимодействия, что исключает возможность сочетания ТЦА с целым рядом препаратов (опиатные анальгетики, антиаритмические средства, непрямые антикоагулянты, необратимые ИМАО). Ограничено также их совместное применение с антигистаминными и антипаркинсоническими препаратами.

Длительное время антидепрессанты — ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты были двумя основными «типичными» представителями антидепрессантов.

Ипрониазид и его ближайшие аналоги (изокарбоксазид, фенелзин, транилципромин и другие препараты первого поколения) оказались эффективными антидепрессантами, но в связи с неизбирательностью и необратимостью действия при их применении наблюдались нежелательные побочные эффекты. Невозможным оказалось их использование одновременно с рядом других лекарственных средств (вследствие нарушения их метаболизма).

Серьезным побочным явлением при использовании ингибиторов МАО является так называемый «сырный» (вернее тираминовый) синдром. Он выражается в развитии гипертензивных кризов и других осложнений при одновременном применении ипразида и его аналогов с пищевыми продуктами, содержащими тирамин или его предшественник тирозин (сыры, копчености и др.), а также с лекарствами тираминоподобной структуры. Эти осложнения и общая высокая токсичность (повреждающее влияние на печень и другие органы) привели к тому, что почти все ингибиторы МАО первого поколения были исключены из номенклатуры лекарственных средств. Ограниченное применение имеет лишь ниаламид.

Ингибиторы МАО

Важную роль сыграло установление неоднородности моноаминоксидаз (МАО). Оказалось, что существуют два типа этого фермента — МАО типа А и типа Б, различающиеся по субстратам, подвергающимся их действию. Моноаминоксидаза типа А ингибирует в основном дезаминирование норадреналина, адреналина, дофамина, серотонина, тирамина, а моноаминоксидаза типа Б — дезаминирование фенилэтиламина и некоторых других аминов.

Со временем были получены химические соединения, оказывающие избирательное ингибирующее действие на МАО типа А или типа Б. Ингибиторы МАО могут оказывать либо «смешанное» влияние, воздействуя на оба типа фермента, либо избирательно влиять на один тип фермента. Выделяют ингибирование конкурентное и неконкурентное, обратимое и необратимое. Все это может существенно сказываться на фармакологических и лечебных свойствах разных ингибиторов МАО.

Так, избирательным ингибитором МАО типа А является хлоргилин, относящийся к группе пропаргиламинов, а избирательным ингибитором МАО типа Б — депренил. Хлоргилин практического применения не получил, а депренил используется ограниченно в качестве вспомогательного средства для лечения паркинсонизма.

Одним из наиболее бурно развивающихся направлений тимоаналептической терапии является возврат интереса к ингибиторам фермента моноаминоксидазы (МАО) в связи с созданием новых селективных препаратов — ИМАО-А обратимого действия, отличающихся от традиционных меньшей токсичностью.

Крупным достижением последнего времени является создание нового поколения антидепрессантов — ингибиторов МАО, оказывающих избирательное и обратимое действие на активность фермента МАО. Первый представитель этой группы, отечественный антидепрессант пиразидол, нашел широкое применение в медицинской практике. Препараты этой группы отличаются высокой эффективностью, широким спектром действия и хорошей переносимостью. Получены некоторые другие антидепрессанты — ингибиторы МАО обратимого действия. К ним относятся тетриндол, инказан, бефол, моклобемид (аурорикс).

ИМАО-А более эффективны в отношении атипичных депрессий с тревожно-вегетативной симптоматикой и паническими атаками с агорафобией. При этом положительный эффект ИМАО-А обратимого действия наблюдается на более ранних, по сравнению с ТЦА, этапах терапии. Другим их преимуществом является низкий риск зависимости. Основные перспективы использования ИМАО обратимого действия связывают с возможностью лечения расстройств, обнаруживающих коморбидность с депрессией — прежде всего тревоги с паническими расстройствами с агорафобией и психосоматических расстройств.

Антидепрессанты группы СИОЗС

Интерес к антидепрессантам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) связан с «серотониновой моделью» депрессии. Получены антидепрессанты новых химических групп (флуоксетин, флувоксамин и др.), более избирательно тормозящие нейрональный захват серотонина, чем захват норадреналина и дофамина. Избирательным ингибитором обратного захвата серотонина является также антидепрессант тразодон.

При этом препараты этой группы в целом адресуются к депрессивным состояниям невротического круга. СИОЗС обладают широким спектром клинических эффектов с выраженным анальгетическим, анксиолитическим, антипаническим действием, успешно применяются при лечении обсессивно-фобических и агрессивных синдромов. Спектр клинических синдромов, при которых доказана их клиническая эффективность, достаточно широк: хронический болевой синдром, булимия, ожирение, алкоголизм,

обсессивно-компульсивные расстройства, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, панические расстройства и др.

Наряду с высокой антидепрессивной активностью существенным преимуществом антидепрессантов этого класса является низкая представленность собственных побочных эффектов. Возбуждение, инсомния — наиболее частые из них, но их можно купировать без отмены препарата назначением транквилизаторов. Вместе с тем этот класс препаратов способен вызывать специфические побочные эффекты, связанные с гиперстимуляцией серотониновой системы: желудочно-кишечные расстройства, снижение аппетита, нарушения половой сферы, тремор и повышение потоотделения. Наиболее серьезным осложнением терапии антидепрессантами, в том числе и СИОЗС, является достаточно редкий, так называемый серотониновый синдром, который проявляется целым рядом симптомов: головокружение, артериальная гипертония, нарушения зрения, кардиоваскулярная недостаточность, тошнота, психомоторная активация, ажитация, миоклонии, гиперрефлексия, потливость, тремор, диарея, изменения психического статуса. Выраженность осложнений колеблется от легких форм, купирующихся в течение 24 ч после отмены терапии, до тяжелых.

Лечение депрессий у больных пожилого возраста

Особую терапевтическую проблему составляет лечение депрессий у больных пожилого возраста. Поскольку такие проявления, как нарушение концентрации внимания, апатия и нарушения памяти, являются основными для первичных депрессий в позднем возрасте, эти депрессии носят название псевдодементных. Кроме того, для них характерно большое разнообразие соматических нарушений, преобладание тревожно-ипохондрической симптоматики. А с другой стороны, депрессия часто сопровождает различные типы деменции как альцгеймеровского типа, так и сосудистые. Учитывая, что с возрастом частота болезни Альцгеймера, так же как и мультиинфарктных деменций, возрастает в несколько раз, дифференциальная диагностика депрессий при этих формах становится крайне затруднительной.

Если для первичных депрессий пожилого возраста возможно применение небольших доз ТЦА, оправданность их применения при деменциях, особенно дегенеративного типа, является сомнительной, ввиду того что в основе патогенеза последних лежит развитие грубого холинергического дефекта. Поэтому для лечения депрессии при болезни Альцгеймера рекомендуется использование обратимых ИМАО (пиразидол, моклобемид) либо СИОЗС (сертралин, пароксетин). И в этих случаях в основе терапии лежит воздействие на основные патогенетические факторы (например, ингибиторы ацетилхолинэстеразы при болезни Альцгеймера).

Применение антидепрессантов при психовегетативных расстройствах

Примером широкого применения разных классов антидепрессантов в неврологической практике являются психовегетативные расстройства, в терапии которых в настоящее время антидепрессанты считаются базовыми препаратами. Так, на модели панических расстройств показан антипанический эффект различных представителей ТЦА, СИОЗС, ИМАО-А.

Нарушения пищевого поведения в виде повышения аппетита (булимии) являются одним из самых частых вариантов сочетания мотивационных и депрессивных расстройств. Выявленная серотонинергическая дефицитарность у больных с ожирением и нарушением пищевого поведения послужила основой для возможного использования серотонинергических антидепрессантов для лечения ожирения. Так, первые попытки использования флуоксетина у больных ожирением свидетельствуют о том, что флуоксетин не только нормализует эмоциональное состояние и пищевое поведение, но и способствует снижению массы тела и уменьшению психовегетативных и алгических проявлений, сопутствующих этим нарушениям.

При выборе антидепрессанта следует учитывать его переносимость, фармакологические и токсикологические особенности того или иного препарата, симптоматологическую структуру заболевания и уровень тяжести общего состояния. Некоторые трициклические антидепрессанты (имизин, амитриптилин) в больших дозах и при длительном применении могут оказывать кардиотоксическое действие. Их надо с осторожностью назначать больным с заболеваниями сердца. Ряд трициклических антидепрессантов (амитриптилин, фторацизин, имипрамин и др.) обладает выраженной холинолитической активностью, что затрудняет их применение у больных с гипертрофией предстательной железы, атонией кишечника и мочевого пузыря, глаукомой, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Антидепрессанты нашли применение не только в психиатрической практике. Они используются для лечения ряда нейровегетативных и соматических заболеваний, которые иногда можно рассматривать как проявление маскированных депрессий. Имеются данные об эффективности антидепрессантов у больных, страдающих дискинезиями органов брюшной полости, ИБС, при хронических болевых синдромах и др.

Амитриптилин

Амитриптилин, несмотря на выраженные побочные эффекты, является наиболее широко распространенным препаратом из этой группы. Психотропное действие амитриптилина характеризуется сочетанием мощного тимоаналептического и седативного эффектов, что определяет его преимущественное применение при тревожных депрессиях. Обладает гипнотическим эффектом, поэтому может быть назначен в вечерние часы для коррекции диссомнических нарушений, которые часто наблюдаются при депрессивных состояниях в соматической клинике. Начальная суточная доза 25—50 мг в сутки, ее постепенно увеличивают, достигая в течение недели средней терапевтической дозы 150—200 мг в сутки. Можно начинать терапию с внутримышечного введения препарата: в первые дни — 20—40 мг, затем дозу увеличивают до 100—120 мг в сутки.

При такой методике седативное действие развивается быстрее. Клинический эффект лечения наступает через 2—3 недели, нормализуется сон, редуцируются ажитация, беспокойство, тревожные опасения за свое здоровье, исчезают проявления тоски, пессимистические переживания. Побочные холинолитические эффекты (сухость во рту, запоры) развиваются при назначении больших дозировок (более 100 мг в сутки), они исчезают при снижении дозы.

Амитриптилин показан при лечении соматоформных депрессий, в особенности тревожных, эффективен при терапии синдрома раздраженной толстой кишки, дизурических компонентах соматизированных депрессий.

Леривон

Леривон (миансерин) четко отличается от трициклических антидепрессантов по заметному снижению кардиотоксичности. Клинически вызывает тимоаналептический и седативный эффект. При его применении ослабевают тревога, чувство внутреннего напряжения, быстро купируются расстройства сна. Хорошие результаты отмечаются при использовании леривона у амбулаторных больных с соматовегетативными нарушениями, а также при маскированных соматизированных депрессиях он уменьшает выраженность хронических болевых синдромов, в частности мигренозных головных болей. Отсутствие холинолитического действия делает препарат очень ценным в терапии амбулаторных депрессий у соматических больных, при различного рода соматоформных состояниях с жалобами на различные дискомфортные ощущения в области сердца (жжение, усиленное сердцебиение, замирания, перебои).

Леривон применяется в дозах от 30 до 150 мг в сутки, чаще в виде однократного приема на ночь. Начальная доза составляет 30 мг. Эффект обычно развивается через 1—2 недели, вначале развивается противотревожное действие, затем присоединяется

нормотимическое.

В силу отсутствия кардиотоксического действия может применяться у больных инфарктом миокарда. С осторожностью назначается при болезнях печени и почек, при сахарном диабете.

Ремерон

Ремерон (миртазапин) обладает умеренным тимоаналептическим эффектом с седативным компонентом, оказывает отчетливый анксиолитический и гипнотический эффект. Прежде всего используется для лечения тревожных депрессий различного генеза. По общей эффективности не уступает амитриптилину. По сравнению с трициклическими антидепрессантами ремерон хорошо переносится, может назначаться пожилым больным, применяется при психосоматических расстройствах.

Назначается один раз в сутки, начальная доза составляет 15 мг, через 4 дня ее увеличивают до 30 мг, через 10 дней при отсутствии эффекта дозировку можно увеличить до 45 мг. Эффект развивается постепенно, обычно на 2—3 неделе терапии, однако поддерживающее лечение препаратом рекомендуется в течение 4—6 месяцев.

Пиразидол

Пиразидол (пирлиндол) в настоящее время не выпускается, однако не исключено возвращение этого препарата в медицинскую практику в ближайшем будущем. Пиразидол не обладает центральным и периферическим холинолитическим действием, отличается низкой токсичностью. Преобладает тимоаналептическое действие, происходит редукция депрессивной симптоматики. Является универсальным антидепрессантом со сбалансированным действием. Пиразидол показан при широком круге депрессивных состояний и соматоформных расстройств. Обладает ноотропными свойствами. Назначается препарат внутрь. Начинают с 25 мг в сутки, постепенно увеличивая суточную дозу до 100—150 мг. Эффект проявляется в конце первой недели, держится стойко и длительно. Длительность курса рассчитана на 2—3 месяца.

Коаксил

Коаксил (тианептин) оказывает благоприятное действие при соматоформных и психосоматических заболеваниях в связи со стабилизирующим вегетотропным действием. Эффективен при соматовегетативных, конверсионных и астенических расстройствах. Противотревожное действие не сопровождается седативным эффектом.

Гептрал

Гептрал (адеметионин) оказывает выраженное антидепрессивное действие, которое развивается ко второй неделе лечения препаратом. Важным свойством гептрала является то, что он является гепатопротектором и может использоваться при депрессиях у больных соматическими заболеваниями, прежде всего при заболеваниях печени и желудочно-кишечного тракта. При этом обнаруживается активирующий эффект. Показано применение гептрала также при наличии астенодепрессивных расстройств у больных с поражением суставов, а также в качестве анальгетика при остеоартрозах. Дозировка препарата составляет 400—1200 мг в сутки.

Флуоксетин

Флуоксетин (прозак, продеп) обладает отчетливым тимоаналептическим эффектом со стимулирующим компонентом, особенно эффективен при обсессивно-фобической симптоматике. Стандартная доза составляет 20 мг в сутки, может применяться 1 раз в 2—3 дня. Признаки улучшения обычно проявляются к концу первой недели, затем закрепляются через 2—3 недели лечения.

Сертралин

Сертралин (золофт) показан больным с психосоматическими заболеваниями при наличии тревожных депрессий. При этом редукция тревоги происходит значительно быстрее, чем при использовании флуоксетина (С. Р. Мосолов). Сертралин особенно эффективен при соматизированных и атипичных депрессиях с явлениями булимии. Назначается однократно в дозе от 50 до 200 мг в сутки.

Паксил

Паксил (пароксетин) обладает тимоаналептическим и анксиолитическим эффектом с выраженным стимулирующим компонентом. Препарат может применяться при тоскливых, заторможенных депрессиях, он быстро снимает суицидальные мысли, соматоформные расстройства. На фоне приема пароксетина быстро снимаются проявления тревоги, что очень важно при лечении психосоматических расстройств. Применяемые дозы колеблются от 10 до 40 мг в сутки, реже необходимы дозировки до 60—80 мг в сутки.

Опипрамол

Опипрамол (инсидон) обнаруживает слабые гипотермические, противорвотные и противосудорожные свойства, проявляет обезболивающую, антисеротониновую и антигистаминную активность, а также слабое атропиноподобное действие. Опипрамол сочетает в себе умеренное тимоаналептическое действие и седативный эффект. Показания к применению — депрессии невротического уровня, так что он может быть отнесен к «малым» антидепрессантам.

Для действия препарата характерно не столько повышение настроения, сколько стабилизация аффективного фона. Транквилизирующий эффект наглядно обнаруживается уже в первые дни лечения больных с нетяжелыми тревожными депрессиями, с ипохондрическими жалобами, наличием сенестопатических включений в структуру депрессии, при наличии раздражительности, обсессивно-фобических расстройств.

Кроме того, опипрамол оказывает стабилизирующее влияние на вегетативный тонус при различных нарушениях: дискинезии желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов, вегетососудистой дистонии, кардиалгиях различного характера, что очень часто встречается в клинике психосоматических и соматизированных расстройств. Такая особенность действия препарата дала возможность считать его «психосоматическим гармонизатором» и широко применять его в клинике внутренних болезней при инфаркте миокарда, гипертонической болезни, стенокардии, бронхиальной астме. Средние терапевтические дозы препарата при приеме внутрь составляют 100—200 мг в сутки. Хороший эффект наблюдается при конверсионных расстройствах у лиц психопатического склада при затяжных дистимиях. Побочные явления редки, возникают только при высоких дозах препарата.

Транквилизаторы

Основные эффекты транквилизаторов

Транквилизаторы (анксиолитики, или атарактики) — вещества, обладающие способностью устранять или смягчать невротические проявления, страх, тревогу, эмоциональное напряжение, расстройства сна. К настоящему времени в медицинскую практику внедрено около 50 препаратов этой группы. Важно влияние данной группы на сердечно-сосудистую систему. Они вызывают гипотензию, коронарную дилатацию, обладают антиаритмическими свойствами, способны улучшать мозговое кровообращение. К транквилизаторам прибегают от 4,5% до 10% мужчин и от 7% до 20% женщин. Длительность лечения транквилизаторами в зависимости от состояния больного варьируют от 3 до 12 недель. Однако имеются данные, согласно которым около 1,5%

взрослого населения принимают их не менее года, а 0,7% — не менее 7 лет. Частота использования бензодиазепинов каждый год возрастает от 1 до 25%.

Большинство этих средств наряду с собственно транквилизирующим эффектом оказывает вегетотропное, мышечно-расслабляющее и противосудорожное действие (клоназепам, реланиум, элениум). Подчеркивается положительное влияние транквилизаторов на психопатическую и психопатоподобную симптоматику, соматизированные расстройства, психофизиологические, психосоматические, истероконверсионные, тревожно-ипохондрические и органные психовегетативные синдромы.

Некоторые транквилизаторы более эффективно купируют расстройства сна (феназепам, рогипнол, далмадром, эуноктин, радедорм, берлидорм, сигнопам), другие — тревогу (либриум, или элениум, лексотан, тазепам, или нозепам, ативан, транксен, феназепам). При лечении больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами наиболее эффективен феназепам (терапевтический эффект наблюдался в 96% наблюдений), далее следуют сибазон (61,45%), мезапам (50,25%) и элениум (47,2%). При лечении хронической боли сибазоном эффективность отмечается в 50% наблюдений (Антохин Е. А., 1985 г. и др.). Некоторые транквилизаторы имеют действие, специфически отличное от других.

Феназепам

Феназепам по силе анксиолитического действия превосходит все другие транквилизаторы, оказывает также противосудорожное, миорелаксирующее действие. Назначается при различных неврозоподобных, психопатических и психопатоподобных состояниях, сопровождающихся страхом, тревогой, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Такие свойства препарата делают его ценным для применения при наличии пограничных психических расстройств в соматической клинике, в особенности при ипохондрических затяжных состояниях на фоне различных соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, дисфункция желчных путей и желудочно-кишечного тракта). Употребляется в комбинации с антидепрессантами для терапии вегетативных, соматизированных, ларвированных депрессий. Способствует нормализации сна у тревожных больных в соматической клинике, купирует навязчивые расстройства (опасения, страхи) у психосоматических больных. Феназепам при психосоматических расстройствах назначается внутрь в виде таблеток, начиная с дозы 0,5 мг в сутки; ее доводят при необходимости до 3—5 мг в сутки.

Лоразепам

Лоразепам оказывает миорелаксирующий и гипнотический эффекты транквилизирующее действие выражено в большей степени, чем у элениума. Показан для купирования страха, тревоги, вегетативно-сосудистой дистонии у больных с пограничными расстройствами, в том числе при наличии соматизации или соматизированных депрессий. Применяется при гипертензионных кризах, стенокардии, астме, расстройствах сердечного ритма. Дозировки нарастают от 1 мг до 5 мг в сутки.

Элениум

Элениум (либриум, хлозепид, хлордиазепоксид) оказывает успокаивающее действие на ЦНС, вызывает мышечную релаксацию, имеет противосудорожную активность, оказывает умеренный снотворный эффект. Основное действие — способность подавлять чувство страха, тревоги, напряжения при невротических состояниях. Обладает вегетостабилизирующим действием, применяется при невротических состояниях со страхом, тревогой, беспокойством, навязчивыми опасениями за свое здоровье при пограничных психических состояниях, в том числе и тогда, когда они развиваются на

фоне различных соматических заболеваний.

Препарат применяется при органных неврозах, таких, как функциональные неврозы сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, при мигрени, климактерических расстройствах с неврозоподобной симптоматикой, при нарушениях сна. Элениум используется также при развитии навязчивых расстройств в рамках неврозов и у больных с психосоматическими заболеваниями, при явлениях аффективной напряженности, при неглубоких депрессивных и ипохондрических состояниях. Дозы элениума подбираются индивидуально, обычно начинают курс лечения с 5 мг 2 раза в день, затем дозы увеличивают до 30—50 мг в сутки на 3—4 приема. Его можно комбинировать с нейролептиками и антидепрессантами (существует комбинированный препарат — амиксид, содержащий 25 мг амитриптилина и 5 мг элениума, также есть формы с более высоким содержанием элениума).

Бромазепам

Бромазепам (лексотан, лексилиум) является дневным транквилизатором, не вызывающим миорелаксации и не нарушающим обычной активности больных. Бромазепам назначается при депрессиях с вегетативным компонентом, при развитии тревожных расстройств с напряженностью. Кроме того, бромазепам широко используется при легочно-сердечной недостаточности, псевдостенокардии, тахикардии, эмоционально обусловленных гипертензиях, диспноэ, при наличии страхов во время ангинозных приступов. Показан при нарушении функции желудочно-кишечного тракта, для купирования боли в эпигастральной области, с целью снятия метеоризма, при нарушениях функций мочеполовой системы, поллакиурии, дисменорее. Препарат показан при соматических заболеваниях, вызванных психическим фактором: психогенные головные боли, дерматозы, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит. Дозировки препарата колеблются от 1,5—3 мг до 6—12 мг в сутки. Препарат переносится хорошо и не вызывает осложнений и привыкания.

Реланиум

Реланиум является одним из основных бензодиазепиновых транквилизаторов, нашедших широкое применение в медицинской практике. Препарат действует успокаивающе, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает чувство тревоги, страха, беспокойство. Оказывает миорелаксирующий и противосудорожный эффекты. Реланиум назначают при различных нервно-психических, при психосоматических заболеваниях, а также при соматических болезнях. Препарат оказывает отчетливый эффект на навязчивые неврозы, истерические или ипохондрические реакции, дисфории различного происхождения, применяется как дополнительное средство при лечении депрессий, беспокойств, возбуждения, мышечных спазмов центрального происхождения. В дерматологической практике применяется при зудящих дерматозах. Препарат уменьшает ночную секрецию желудочного сока, что может играть важную роль при назначении его в качестве успокаивающего и снотворного средства больным с язвенной болезнью, оказывает также антиаритмическое действие. Применяют сибазон чаще внутрь, начиная с дозы 2,5—5 мг по 1—2 раза в день. Средняя разовая доза составляет 5—10 мг. В отдельных случаях (при повышенном возбуждении, страхе, тревоге) разовую дозу можно увеличить до 20 мг. Отмену сибазона следует проводить путем постепенного снижения дозы. Вследствие возможного развития психологической зависимости длительность непрерывного курса лечения не должна превышать 2 мес. Перед повторным курсом лечения — перерыв не менее 3 недель.

Грандаксин

Грандаксин, подобно диазепаму и другим веществам бензодиазепинового ряда, обладает транквилизирующей активностью, но отличается рядом свойств: не вызывает

сонливости, не оказывает миорелаксирующего и противосудорожного действия. Применяют его при неврозах и неврозоподобных состояниях, сопровождающихся напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженным страхом, а также при состояниях, характеризующихся апатией, пониженной активностью. Показан также при климактерическом неврозе. Назначают внутрь по 0,05—0,1 г 1—3 раза в день.

Ксанакс

Ксанакс (альпразолам) хорошо себя зарекомендовал при ипохондрических и психосоматических состояниях с сопутствующими паническими расстройствами и агорафобией. Применяется как вегетостабилизатор и как препарат, купирующий острые состояния со страхом и беспокойством по типу «я схожу с ума», «я умираю» (панические атаки). Назначается внутрь начиная с дозы 0,25 мг в сутки с наращиванием по показаниям до более высоких дозировок (максимально 3 мг в сутки). Широко используется для лечения фобических и ипохондрических расстройств в соматической практике, может комбинироваться с антидепрессантами при терапии соматизированных, вегетативных депрессий. Курс лечения рассчитан в среднем на 1,5—2 месяца, препарат способен к кумуляции.

Атаракс

Атаракс является небензодиазепиновым транквилизатором, не вызывает привыкания при длительном применении у невротических больных. Отличительным свойством препарата является то, что он является мощным вегетокорректором и поэтому может использоваться при различных соматоформных расстройствах, при которых как раз отмечаются признаки вегетативной лабильности, а также широко применяется в сочетаниях с антидепрессантами-седатиками для купирования вегетативных и соматизированных депрессий. Показано применение атаракса при различных соматических симптомах, таких, как ощущение комка в горле, сердцебиение, одышка, ощущение приливов жара или холода, тошноты, головокружения, потливости. Атаракс используется при снижении концентрации внимания, ухудшении памяти, нарушениях сна. Назначается с дозы 25 мг в день, затем дозировка постепенно в течение недели повышается до 1 мг в день. Курс лечения — 1—1,5—2 месяца.

Оксилидин

Оксилидин не относится к бензодиазепинам, оказывает успокаивающее действие, усиливает эффект снотворных средств, оказывает умеренное антигипертензивное действие. Гипотензивный эффект связан с уменьшением возбудимости сосудодвигательных центров, умеренным ганглиоблокирующим и адренолитическим действием. Оксилидин малотоксичен, к нему нет привыкания. Назначается при нерезко выраженных тревожно-депрессивных состояниях, при психосоматических расстройствах. Препарат способен улучшать мозговое кровообращение. Назначают внутрь по 0,02 г на прием 3—4 раза в день. При необходимости суточная доза может достигать 0,5 г. Курс лечения продолжается от 1 до 2 месяцев.

Клоназепам

Клоназепам (антелепсин) оказывает успокаивающее, мышечно-расслабляющее, анксиолитическое и противосудорожное действие. Противосудорожное действие выражено у клоназепама сильнее, чем у других препаратов этой группы, в связи с чем его применяют в основном для лечения судорожных состояний. При психосоматических расстройствах клоназепам применяют при психомоторных кризах, повышенном мышечном тонусе, используют в качестве снотворного средства. Отмечено нормотимическое и антиипохондрическое действие препарата. Назначают в дозе 1,5 мг в сутки на 3 приема. Не рекомендуется превышать дозу 20 мг в сутки.

Правила назначения транквилизаторов

Соотношение нозологических групп больных общесоматической сети, нуждающихся в лечении транквилизаторами, приведены в следующей таблице:

- психосоматические заболевания — 29,5%;
- соматогении — 19,7%;
- конституционально-обусловленная патология — 17,5% ;
- мягкие формы эндогенных заболеваний (циклотимия, латентная шизофрения) — 18,6%;
- другие заболевания — 14,7%.

В начале терапии у некоторых больных могут появиться головокружение, ощущение усталости, сонливость, ослабление концентрации внимания. Эти проявления не являются поводом для отмены препарата, так как могут быть предотвращены дополнительным назначением ноотропов и обычно быстро проходят. Однако длительный бесконтрольный прием транквилизаторов может способствовать развитию таких расстройств, как ослабление памяти, мышечная гипотония, нарушение дефекации и недержание мочи.

В связи с опасностью развития привыкания к транквилизаторам у больных с отмечавшейся в прошлом зависимостью от алкоголя и медикаментов предпочтительнее назначать малые дозы нейролептиков, особенно депо-нейролептиков.

В психиатрической практике транквилизаторы обычно применяются в комбинации с другими психотропными средствами (ноотропы, антидепрессанты, нейролептики). При этом учитывается то обстоятельство, что транквилизаторы усиливают действие нейролептиков, снотворных, антигистаминных, антигипертензивных, наркотических средств.

Наиболее частые ошибки в использовании транквилизаторов

- длительное безынтервальное применение одного и того же транквилизатора, назначаемого в неадекватно малой дозе, что способствует хронизации имеющихся расстройств;
- игнорирование имеющихся противопоказаний (заболевания печени и почек, беременность, лактация, глаукома);
- недоучет возможности формирования лекарственной зависимости (реланиум).

Нейролептики

Нейролептики — одна из основных групп современных психотропных средств, оказывающих воздействие на высшие психические функции мозга.

Термин «нейролептики» (нейролептические средства) был предложен еще в 1967 г., когда разрабатывалась первая классификация психотропных препаратов. Им обозначали средства, предназначенные для лечения тяжелых психических заболеваний (психозов). В последнее время в ряде стран стали считать уместным заменить этот термин термином «антипсихотические препараты».

В группу нейролептических препаратов входят ряд производных фенотиазина (аминазин, эглонил, клопиксол, сонапакс), бутирофеноны (галоперидол, триседил), производные дифенилбутилпиперидина (флушпирилен и др.) и других химических групп (рисполепт, тиаприд, азалептин, хлорпротиксен).

Резерпин

Самым первым из нейролептиков был алкалоид раувольфии (Rauwolfia serpentina Benth) резерпин. Раувольфия — многолетний кустарник семейства кутровых (Apocynaceae), растет в Южной и Юго-Восточной Азии (Индия, Шри-Ланка,

Ява, Малайский полуостров). Ботаническое описание растения сделал в XVI в. немецкий врач Leonhard Rauwolf. Экстракты из корней и листьев растения издавна применяют в индийской народной медицине. Растение, особенно корни, содержит большое количество алкалоидов (резерпин, ресцинамин, аймалин, раувольфин, серпин, серпагин, йохимбин и др.).

Алкалоиды раувольфии обладают ценными фармакологическими свойствами. Некоторые из них, особенно резерпин и в меньшей мере ресцинамин, оказывают седативное и гипотензивное действие, другие (аймалицин, раувольфин, серпагин, йохимбин) — адренолитическое. Аймалин оказывает антиаритмическое действие. В настоящее время в связи с относительно низкой антипсихотической активностью и выраженными побочными эффектами он уступил место более эффективным современным препаратам, но сохранил значение как антигипертензивное средство.

Основные эффекты нейролептиков

Нейролептики оказывают многогранное действие на организм. Одна из их основных фармакологических особенностей — своеобразное успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакций на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения и аффективной напряженности, подавлением чувства страха, ослаблением агрессивности. Их основной особенностью является способность подавлять бред, галлюцинации, другие психопатологические синдромы и оказывать лечебный эффект у больных шизофренией и другими психическими и психосоматическими заболеваниями.

Ряд нейролептиков (группы фенотиазина и бутирофенона) обладает противорвотной активностью; этот эффект связан с избирательным угнетением хеморецепторных пусковых (триггерных) зон продолговатого мозга.

Различают нейролептики, антипсихотическое действие которых сопровождается седативным (тизерцин, аминазин, пропазин, азалептин, хлорпротиксен, сонапакс) или активирующим (энергезирующим) эффектом (галоперидол, эглонил, рисполепт, стелазин, этаперазин).

Некоторым нейролептикам присущи элементы антидепрессивного и нормотимического действия (хлорпротиксен, эглонил, модитен-депо).

Эти и другие фармакологические свойства у разных нейролептических препаратов выражены в различной степени. Сочетание этих и других свойств с основным антипсихотическим эффектом определяет профиль их действия и показания к применению.

Механизм действия нейролептиков

В физиологических механизмах центрального действия нейролептиков существенное значение имеет их угнетающее влияние на ретикулярную формацию мозга. Их разнообразные эффекты связаны также с воздействием на возникновение и проведение возбуждения в разных звеньях центральной и периферической нервной системы. Из нейрохимических механизмов действия нейролептиков наиболее изучено их влияние на медиаторные процессы в мозге. В настоящее время накоплено много данных о влиянии нейролептиков (и других психотропных препаратов) на адренергические, дофаминергические, серотонинергические, ГАМКергические, холинергические и другие нейромедиаторные процессы, включая влияние на нейропептидные системы мозга. В последнее время особенно много внимания уделяется взаимодействию нейролептиков с дофаминовыми структурами мозга.

С угнетением медиаторной активности дофамина связана в значительной мере не только антипсихотическая активность нейролептиков, но и вызываемый ими основной побочный эффект — «нейролептический синдром», проявляющийся экстрапирамидными расстройствами, включающими ранние дискинезии — непроизвольные сокращения

мышц, акатизию (неусидчивость), двигательное беспокойство, паркинсонизм (мышечная скованность, тремор), повышение температуры тела. Это действие объясняют блокирующим влиянием нейролептиков на подкорковые образования мозга (черная субстанция и полосатое тело, бугорная, межлимбическая и мезокортикальная области), где локализовано значительное количество рецепторов, чувствительных к дофамину. Из наиболее известных нейролептиков на норадренергические рецепторы сильнее влияют аминазин, левомепромазин, тиоридазин, на дофаминергические — фторфеназин, галоперидол, сульпирид.

Во всех случаях проявления специфических побочных эффектов показана смена используемого лечения, назначения корректоров (ноотропы, циклодол, акинетон). Обычно корректоры экстрапирамидных побочных явлений (циклодол, акинетон) назначаются всегда совместно с приемом нейролептиков.

Одним из нейролептиков с выраженной антипсихотической активностью, практически не вызывающим экстрапирамидного побочного действия и даже способным его купировать, является препарат азалептин — производное пиперазинодибензодиазепина.

Фармакодинамика нейролептиков

Влиянием на центральные дофаминовые рецепторы объясняют механизм некоторых эндокринных нарушений, вызываемых нейролептиками, в том числе стимуляцию лактации. Блокируя дофаминовые рецепторы гипофиза, нейролептики усиливают секрецию пролактина. Действуя на гипоталамус, нейролептики тормозят также секрецию кортикотропина и соматотропного гормона.

Большинство нейролептиков имеют относительно небольшой период полураспада в организме и оказывают после разового введения непродолжительный эффект. Созданы специальные препараты пролонгированного действия (модитен-депо, галоперидола деканоат, клопиксол-депо, пипортил L4), оказывающие более длительный эффект.

В лечении психосоматических расстройств большое распространение получили эглонил, терален, френолон, сонапакс, хлорпротиксен, этаперазин (см. далее). Препараты, как правило, назначаются в малых и средних терапевтических дозировках. Зачастую применяется комбинация нейролептиков друг с другом, когда в первую половину дня дается нейролептик стимулирующего действия (эглонил, френолон), а во вторую — нейролептик седативного действия (хлорпротиксен, азалептин, тизерцин).

Показания к назначению нейролептиков

Нейролептики показаны в первую очередь при лечении нозогенных параноических реакций (бред «приписанной болезни», сенситивные реакции), а также при лечении хронического соматоформного болевого расстройства (стойкие мономорфные патологические телесные сенсации — идиопатические алгии).

Правила назначения нейролептиков

В начале лечения, чаще стационарного, дозы нейролептических препаратов обычно быстро наращиваются до определенной эффективной величины, которая в последующем плавно уменьшается в 3—5 раз, и лечение нейролептиками приобретает поддерживающий, противорецидивный характер. Тактика изменения дозировок определяется строго индивидуально. Чаще всего начинают лечение с назначения средней терапевтической дозировки, затем, оценивая эффект, решают вопрос о необходимости изменения дозировки. Переход на поддерживающие дозы осуществляется после достижения желаемого терапевтического эффекта.

Поддерживающее (противорецидивное) лечение лучше всего проводить препаратами продленного действия. Большое значение имеет выбор способа введения нейролептика: в начале лечения предпочтительнее парентеральное введение,

способствующее более быстрому купированию симптоматики (внутривенное капельное, внутривенное струйное, внутримышечное), в последующем переходят к пероральному приему препаратов или к вышеупомянутым пролонгированным препаратам. При несвоевременной отмене лечения значительно возрастает возможность рецидива болезни.

Пропазин

Пропазин по фармакологическим свойствам близок к аминазину. Оказывает седативный эффект, уменьшает двигательную активность и тревогу. В отличие от аминазина, менее токсичен, менее выражено его местнораздражающее действие, реже возникают аллергические реакции. Пропазин можно применять при пограничных расстройствах у больных с соматической патологией при наличии тревожных, фобических расстройств, навязчивостях, сверхценных идеях (в частности, ипохондрического характера). Внутрь дается в виде таблеток по 25 мг 2—3 раза в день, при необходимости доза может быть увеличена до 100—150 мг в сутки. Явления паркинсонизма при применении небольших доз, как правило, не развиваются, если они все же появляются, необходимо назначение корректоров (циклодол по 2 мг 3 раза в день).

Этаперазин

Этаперазин сочетает антипсихотическое действие с активирующим эффектом и избирательным действием на синдромы, характеризующиеся заторможенностью, вялостью, апатией, в частности при атипичных депрессивных состояниях. Кроме того, этаперазин может применяться при неврозах, сопровождающихся страхом, напряжением, беспокойством.

Такие состояния встречаются в клинике пограничных расстройств при соматических заболеваниях, а также при наличии соматоформных расстройств. При развитии кожного зуда невротического происхождения этаперазин обладает достаточным эффектом и используется прежде всего. Этаперазин переносится лучше, чем аминазин: менее выражены заторможенность, сонливость, вялость. Применяется при пограничных психических расстройствах у соматических больных в дозировках до 20 мг в сутки, при необходимости назначают корректоры.

Трифтазин

Трифтазин (стелазин) оказывает заметное противобредовое действие, купирует галлюцинаторные расстройства. Нейролептический эффект сочетается у него с умеренным стимулирующим (энергезирующим) действием. Может использоваться для лечения атипичных депрессивных состоянии с явлениями навязчивости, при соматоформных расстройствах в комбинации с транквилизаторами и антидепрессантами. Дозировки препарата обычно не превышают 20—25 мг в сутки.

Терален

Терален (алимемазин) обладает нейролептической и антигистаминной активностью. По сравнению с аминазином оказывает менее выраженное адреноблокирующее действие, обладает слабой антихолинергической активностью, что обусловливает вегетостабилизирующее действие. Действует как мягкое седативное средство, оказывает положительный эффект при сенестопатически-ипохондрической симптоматике пограничного регистра, при психосоматических проявлениях, развивающихся на фоне сосудистых, соматогенных, инфекционных проявлений, при нейровегетативных расстройствах. Находит широкое применение в детской и геронтологической практике, а также в соматической медицине. Рекомендован при аллергических заболеваниях, особенно верхних дыхательных путей, и при кожном зуде. Назначается внутрь по 10—40 мг в сутки; его вводят внутримышечно в виде 0,5%-го раствора, применяются также капли 4%-го раствора (1 капля = 1 мг препарата).

Тиоридазин

Тиоридазин (меллерил, сонапакс) сочетает антипсихотическое действие с успокаивающим эффектом без выраженной заторможенности и вялости, имеется умеренный тимолептический эффект. Наиболее эффективен при эмоциональных расстройствах, сопровождающихся страхом, напряжением, возбуждением. Для лечения пограничных состояний, в том числе у соматических больных, применяется в дозе 40—100 мг в сутки. При небольших дозах проявляется активирующее и антидепрессивное действие. При неврастении, повышенной раздражительности, беспокойстве, неврогенных функциональных желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых нарушениях назначают по 5—10—25 мг 2—3 раза в день. В случаях предменструального нервного расстройства — по 25 мг 1—2 раза в день.

Хлорпротиксен

Хлорпротиксен (труксал) оказывает седативное и антипсихотическое действие, усиливает эффект снотворных средств. Нейролептический эффект сочетается с антидепрессивным. Применяется при психоневротических состояниях при наличии беспокойства, страхов. Препарат показан при лечении неврозов, в том числе на фоне различных соматических заболеваний, при нарушениях сна, при кожном зуде, ипохондрических субдепрессивных состояниях. В таких случаях дозировки препарата составляют 5—10—15 мг 3—4 раза в день после еды. Экстрапирамидные расстройства развиваются редко. Не вызывает развития лекарственной зависимости, поэтому при психосоматических расстройствах может применяться в течение длительного периода времени.

Флюанксол

Флюанксол (флупентиксол) оказывает антидепрессивное, активизирующее, анксиолитическое действие. В дозировках от 0,5 мг в сутки до 3 мг в сутки применяется при апатических, астенических депрессивных состояниях, при проявлениях тревоги; в этом отношении, по последним данным, он предпочтительнее реланиума. Применяется при психосоматических нарушениях с астенией, субдепрессией, ипохондрическими проявлениями. В дозировках до 3 мг в сутки побочные явления наблюдаются крайне редко. Флюанксол не приводит к дневной сонливости и не ослабляет внимания, может применяться в каплях.

Эглонил

Эглонил (сульпирид) характеризуется как препарат с регулирующим влиянием на ЦНС, у которого умеренная нейролептическая активность сочетается с некоторыми антидепрессивными и стимулирующими эффектами. Используется при состояниях, сопровождающихся вялостью, заторможенностью, анергией. Применяется у больных с соматизированными, соматоформными расстройствами при наличии субдепрессивного фона настроения, при лечении ИБС и кожных заболеваний, сопровождающихся зудом. В особенности показано его применение у больных со скрытыми формами депрессий, в структуре которых преобладают жалобы на дискомфорт в желудочно-кишечной сфере, при сенестопатических расстройствах, ипохондрическом развитии личности у соматических больных.

Показано его применение также при депрессиях с выраженным цефалгическим синдромом, при наличии ощущений головокружения, мигренозных головных болях. Эглонил также обладает «цитопротекторным» действием на слизистую желудка, в связи с чем его применяют при гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при синдроме раздраженной толстой кишки, болезни Крона и «болезни оперированного желудка». Обычно назначают внутрь по 50 мг, начиная с 50—100 мг в

сутки; при необходимости суточную дозу увеличивают до 150—200 мг. Переносится препарат, как правило, хорошо, но могут наблюдаться экстрапирамидные нарушения, требующие коррекции, описаны случаи галактореи, гинекомастии. Может сочетаться с седативными антидепрессантами.

Ноотропы

Ноотропы — психотропные средства метаболического действия, оказывающие положительное влияние на обменные процессы и кровоснабжение мозга, стимулирующие обучение, улучшающие память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к агрессивным воздействиям, усиливающие кортико-субкортикальные связи.

В последнее время предложено несколько другое содержание этого термина, предусматривающее, что ноотропными следует считать вещества, активирующие высшую интегративную деятельность мозга, восстанавливающие нарушенные мнестические (т. е. связанные с памятью) и мыслительные функции, снижающие неврологические дефициты и повышающие резистентность организма к экстремальным воздействиям.

Средств, полностью отвечающих этим требованиям, в настоящее время не существует, да и вряд ли можно ожидать, что могут быть созданы препараты, оказывающие столь многогранное и комплексное положительное влияние на сложнейшие функции организма.

Тем не менее термин «ноотропы» вошел в медицинский обиход, и препараты, обладающие в той или иной степени перечисленными выше свойствами, стали объединять в группу ноотропных средств.

В связи с влиянием на метаболические процессы мозга препараты, относящиеся к группе ноотропов, стали обозначать также как «нейрометаболические средства». Благодаря своим свойствам ноотропные средства в последние годы стали широко использоваться в разных областях медицины, в том числе в лечении психосоматических расстройств.

Основными препаратами этой группы являются пирацетам и ряд его аналогов и гомологов (этирацетам, оксирацетам, амирацетам, дипрацетам и др.), пиридитол, ацефен, а также ряд препаратов: аминалон, натрия оксибутират, пантогам, фенибут, пиразидол, пикамилон, глиатилин, семакс, танакан.

По клиническим эффектам важно разделение ноотропов на ноотропы со стимулирующим компонентом действия (пиридитол, пирацетам, ацефен) и сбалансированные с седативным компонентом (фенибут, пикамилон).

Показания к назначению ноотропов

Показанием для применения ноотропов являются органические (связанные с травмами, сосудистой патологией, токсическим воздействием, неврологическими заболеваниями) поражения головного мозга, астения любого происхождения (невротического, органического), применение нейролептиков, транквилизаторов и противоэпилептических препаратов. При психосоматических расстройствах ценным оказалось свойство ноотропов улучшать общее эмоциональное состояние, повышать активность больных при отсутствии обострения психопатологической симптоматики.

Наиболее высокими оказываются терапевтические результаты при лечении астенических состояний невротического и органического генеза пирацетамом, фенибутом и пикамилоном, тревожных расстройств — фенибутом и пикамилоном, соматовегетативных расстройств — всеми ноотропами, за исключением фенотропила, диссомний — фенибутом и пикамилоном.

Ноотропы характеризуются относительно низкой токсичностью, не вызывают нарушений кровообращения, имеют очень малый список противопоказаний.

Однако у пожилых больных применение ноотропов со стимулирующим

компонентом (пиридитол, пирацетам, ацефен) может привести к развитию бессонницы, раздражительности, повышению артериального давления. В редких случаях наблюдаются ажитация, агрессивность, половое возбуждение. Эти расстройства легко корректируются назначением «мягких» седативных препаратов, установлением правильного режима приема или заменой одного ноотропа другим.

Пирацетам

Пирацетам используется при невротических и депрессивных состояниях, в том числе при психосоматических состояниях с астенической симптоматикой с преобладанием адинамии, явлений идеаторной заторможенности. Он может быть использован в качестве вспомогательного средства при лечении больных с депрессивными состояниями, резистентных к антидепрессантам, при плохой переносимости нейролептиков. Пирацетам используется у больных ишемической болезнью сердца, при инфаркте миокарда. Назначают обычно внутрь до еды, начиная с 1,2 г в сутки, увеличивая в последующем дозу до 2,4—3,2 г. Эффект обнаруживается через 2—3 недели от начала лечения.

Глицин

Глицин является центральным нейромедиатором тормозного типа действия. Оказывает седативное действие. Улучшает метаболические процессы в тканях мозга. Рекомендован для применения как средство, уменьшающее депрессивные проявления, повышенную раздражительность, нормализующее сон. Не имеет противопоказаний. Назначают глицин в виде таблеток по 0,1—0,2 г под язык 3—4 раза в день, продолжительность курса — 1—1,5 месяца.

Семакс

Семакс обладает активирующим действием на ЦНС, не имеет противопоказаний, не вызывает привыкания. Используется в виде капель для интраназального применения: по 5 капель 2—3 раза в день на курс 2—3 месяца. Используется при затяжных астенических состояниях, в том числе и у соматических больных, показан при наличии сосудистой патологии головного мозга, мигренях, астенодепрессивных состояниях с ощущением слабости.

Пиридитол

Пиридитол используют для комплексной терапии при неглубоких депрессиях с явлениями заторможенности, при астенических состояниях, адинамии, неврозоподобных расстройствах, при травматической и сосудистой энцефалопатии, остаточных явлениях после перенесенных нейроинфекций и нарушениях мозгового кровообращения, при церебральном атеросклерозе, при мигрени. У детей применяют при задержке психического развития, церебрастеническом синдроме, олигофрении, энцефалопатиях. Принимают пиридитол внутрь через 15—30 мин после еды 2—3 раза в день. Разовая доза — 0,1—0,3 г. В первые 10 дней препарат назначают в меньшей дозе (0,3—0,4 г в сутки), затем при необходимости и хорошей переносимости дозу увеличивают. Курс лечения продолжается 1—3 месяца (до 6—8).

Аминалон

Аминалон нашел применение главным образом в гериатрической практике и при лечении детей с умственной отсталостью. Эффект его развивается медленно, требуется относительно длительный курс его применения. Применяют аминалон при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе, гипертонической болезни), при хронической церебрально-сосудистой недостаточности с нарушением памяти, внимания, речи, головокружениями и головной болью, при динамических нарушениях мозгового

кровообращения. Имеются данные об эффективности аминалона при депрессиях с преобладанием астеноипохондрических явлений и затруднениями умственной деятельности. Аминалон принимают внутрь до еды по 0,25 г. Суточная доза обычно составляет 1,5—3 г. Курс лечения продолжается от 2—3 недель до 2—6 месяцев. При необходимости проводят повторные курсы лечения. Аминалон весьма мало токсичен. Хорошо переносится больными разного возраста. В отдельных случаях возможны диспептические явления, нарушения сна, ощущение жара, колебания артериального давления (в первые дни лечения). При уменьшении дозы эти явления обычно быстро проходят.

Фенибут

Фенибут обладает ноотропной активностью, оказывает транквилизирующее действие, уменьшает напряженность, тревогу, улучшает сон. Применяют фенибут при астенических и тревожно-невротических состояниях, беспокойстве, тревоге, страхе, бессоннице. Назначают также при болезни Меньера, головокружениях, связанных с дисфункцией вестибулярного аппарата, для профилактики укачивания. Назначают фенибут внутрь после еды по 0,25—0,5 г 3 раза в день курсами по 2—3 недели. При необходимости увеличивают разовую дозу до 0,75 г (лицам старше 60 лет назначают не более 0,5 г на прием). Для профилактики укачивания назначают за 1 ч до предполагаемого начала приступа или при первых признаках однократно по 0,25—0,5 г. После наступления выраженных явлений укачивания (рвота и др.) препарат малоэффективен.

Пикамилон

Пикамилон используется как ноотропное и сосудистое средство при нарушениях мозгового кровообращения легкой и средней тяжести, при вегетососудистой дистонии, при состояниях тревоги, страха, повышенной раздражительности, а также для повышения устойчивости к физическим и умственным нагрузкам. Назначают внутрь независимо от приема пищи. В комплексной терапии депрессивных состояний в пожилом возрасте пикамилон назначают в суточных дозах по 0,04—0,2 г в 2—3 приема в течение 1,5—3 месяцев. Для восстановления работоспособности и при повышенных нагрузках назначают в суточной дозе 0,06—0,08 г в течение 1—1,5 месяца.

Нормотимики

Нормотимики — группа психотропных препаратов, используемых с целью уменьшения диапазона аффективных колебаний. Нормотимики показаны при психогенных депрессивных состояниях, особенно если они возникают у личностей эмоционально лабильных, импульсивных, с возбудимыми чертами, если соматические расстройства сопровождаются дисфорическим оттенком настроения.

В последнее время выявилось антиипохондрическое действие препаратов этой группы.

Препараты лития

Наиболее ранними из них являются препараты солей лития. Соли лития предложены давно для лечения подагры и растворения почечных камней. В конце 40-х — начале 50-х годов XX в. было установлено, что препараты лития обладают способностью купировать острое маниакальное возбуждение у психически больных и предупреждать аффективные приступы. Появились разные литийсодержащие препараты, которые стали объединять в группу нормотимических средств (нормотимиков): микалит, лития оксибутират, литиевая соль никотиновой кислоты.

В последнее время препараты лития получили широкое применение для лечения аффективных эндогенных заболеваний. Применяют эти средства также при психопатиях,

неврозах, органических и других заболеваниях с рецидивирующими аффективными расстройствами. Существенным недостатком, ограничивающим применение литийсодержащих препаратов, является необходимость постоянного контроля концентрации лития в крови.

С накоплением опыта клинической практики к нормотимикам стали относить лекарственные средства других групп, не содержащие лития, но обладающие сходным эффектом.

Вальпроат натрия

Вальпроат натрия (депакин, депакин хроно) — препарат, первоначально использовавшийся при лечении эпилепсии и невралгии тройничного нерва. Применение этих препаратов в психиатрической практике показало их эффективность при терапии маниакальных и депрессивных расстройств, пароксизмальных болей (мигрени), расстройств, сопровождающихся агрессивностью и поведенческими нарушениями. Используемые дозы в лечении психосоматических расстройств колеблются от 0,4 г до 0,8 г в сутки. Кроме того, с нормотимической целью используются транквилизаторы антелепсин (клоназепам), карбамазепин, нейролептик хлорпротиксен (см. выше), блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, верапамил).

Карбамазепин

Карбамазепин (финлепсин) оказывает выраженное противосудорожное (противоэпилептическое) и в умеренной степени антидепрессивное (тимолептическое) и нормотимическое действие. Назначают внутрь во время еды, начиная с 0,1 г 2—3 раза в день, постепенно увеличивая дозу до 0,4—1,2 г в сутки. Имеются данные об эффективности препарата в ряде случаев у больных с различными гиперкинезами. Применяют также карбамазепин для лечения аффективных расстройств. Вместе с тем в отношении приступов депрессии он оказывает профилактический эффект.

В ряде случаев карбамазепин более эффективен, чем препараты лития, и менее токсичен, чем они. При комбинации с литием могут усилиться нейротоксические побочные явления. Карбамазепин оказывает анальгезирующее действие при невралгии тройничного нерва. Препарат обычно хорошо переносится. В отдельных случаях возможны потеря аппетита, тошнота, редко — рвота, головная боль, сонливость, атаксия, нарушение аккомодации. Уменьшение или исчезновение побочных явлений происходит при временном прекращении приема препарата или уменьшении дозы. Препарат противопоказан при нарушениях сердечной проводимости, поражениях печени.

Нифедипин и верапамил

Нифедипин (фенигидин) и верапамил (изоптин) являются основными представителями антагонистов ионов кальция. В отличие от верапамила, нифедипин не оказывает угнетающего влияния на проводящую систему сердца и обладает слабой антиаритмической активностью. Применяют его в качестве антиангинального средства при ИБС с приступами стенокардии, для снижения АД при различных видах гипертензии, имеются данные о положительном влиянии на церебральную гемодинамику, эффективности при болезни Рейно. У больных бронхиальной астмой значительного бронхорасширяющего действия не отмечено, но препараты могут применяться в сочетании с другими бронхорасширяющими средствами (симпатомиметиками) для поддерживающей терапии. Отмечается отчетливый седативный компонент.

Верапамил принимают внутрь за 30 мин до еды. Обычно суточная доза составляет 0,24—0,48 г. Поддерживающую терапию (меньшими индивидуально подобранными дозами) проводят длительно. Отмечено, что толерантности не развивается. Нифедипин принимают независимо от времени приема пищи, по 10—30 мг 3—4 раза в день до 120 мг в сутки. Длительность лечения — 1—2 месяца и более. Фенигидин (нифедипин) обычно

хорошо переносится.

Однако относительно часто наблюдаются покраснение лица и кожи верхней части туловища, головная боль, вероятно, связанная со снижением тонуса церебральных сосудов мозга. В этих случаях дозу уменьшают или препарат принимают после еды. При умеренной гипотензии назначают препарат в уменьшенных дозах по 0,01 г 3 раза в день под обязательным контролем АД.

Психостимулирующие средства

Психостимуляторы (психотоники) — группа лекарственных средств, оказывающих возбуждающее действие на центральную нервную систему, под влиянием которых уменьшаются утомляемость, слабость, усталость, облегчается восприятие окружающего мира и переработка информации, повышается умственная работоспособность.

Классификация психостимуляторов

Психостимуляторы могут быть разделены на следующие основные группы:

I. Психостимулирующие средства, оказывающие стимулирующее влияние на функции головного мозга и активирующие психическую и физическую деятельность организма. К ним относится ряд производных пурина (кофеин и др.), фенилалкиламины (фенамин, первитин и др.) и фенилалкилсиднонимины (сиднокарб и др.) и другие препараты, которые можно рассматривать как психомоторные стимуляторы. В условиях эксперимента эти препараты быстро изменяют функциональные показатели деятельности головного мозга (активируют биоэлектрическую активность мозга, меняют условные рефлексы и др.), повышают выносливость к физической работе. В условиях лечебного применения они оказывают относительно быстро наступающий стимулирующий эффект.

II. Аналептические средства, возбуждающие в первую очередь центры продолговатого мозга, — сосудистый и дыхательный. Основными представителями этой группы являются камфора, коразол, кордиамин. Из группы аналептических средств выделяют группу дыхательных аналептиков (цититон, лобелин), для которых особенно характерно стимулирующее влияние на дыхательный центр.

III. Средства, действующие преимущественно на спинной мозг; основными представителями этой группы являются стрихнин и секурин.

Ранее психостимуляторы использовались достаточно широко, однако быстро выявились побочные эффекты этих средств в виде раздражительности, агрессивности, усиления тревоги, появления суицидальных тенденций, обострений вялотекущих психотических процессов, повышения артериального давления, расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, сексуальных дисфункций, быстрого развития психической и физической зависимости. Большинство препаратов было запрещено и снято с производства.

Во врачебной практике для достижения психостимулирующего эффекта используются препараты из других групп:

- антидепрессанты (моклобемид, нортриптилин, мелипрамин, бупропион, бефол, флуоксетин);
- ноотропы (пиридитол, пирацетам, ацефен);
- транквилизаторы (триоксазин, оксазепам, грандаксин);
- нейролептики (эглонил, френолон).

Также в качестве психостимулирующего средства могут быть использованы: настойка лимонника, спиртовой экстракт родиолы розовой, настойка заманихи, настойка аралии высокой, настойка стеркулии, препараты на основе женьшеня, экстракт элеутерококка, экстракт левзеи. Психостимулирующим эффектом обладают препараты пантокрин, рентарин, экдистен, сапарал.

В последнее время предложена новая группа стимулирующих средств с условным

названием «актопротекторы». К ним относится бемитил, который оказывает психостимулирующее действие, обладает антигипоксической активностью, повышает устойчивость организма к гипоксии и увеличивает работоспособность при физических нагрузках; имеются данные об иммуностимулирующем действии бемитила.

Использование психостимулирующих средств возможно при возникающих у соматически больных преневротических и невротических состояниях, в том числе астенических, астено-ипохондрических и астено-депрессивных, апатических состояниях. Назначаются они только в первой половине дня. Возможно комбинирование с другими психотропными препаратами.

Бета-блокаторы

Дифференцированные меры с применением бета-блокаторов возможны тогда, когда страх у пациента проявляется соматизированно или в виде панических атак. Чем более выражены вегетативные симптомы, тем меньше больным осознается психогенная их причина, тем действеннее в этих случаях оказываются бета-блокаторы. Их преимущество состоит в том, что они не вызывают выраженного седативного действия, не влияют негативно на психомоторику и не вызывают зависимости. При их использовании уменьшаются нервозность, потливость, тремор, урежается частота сердцебиений.

Бета-блокаторы проявили себя положительно при лечении «нормальных», естественных нервных реакций, таких, как страх перед выступлением или перед экзаменами. Перед событием, которое вызывает страх, могут быть одноразово даны за 1—2 ч до него 40 мг обзидана (анаприлина) или его аналогов. Впрочем, рекомендуется предварительная проверка действия у конкретного пациента.

Показания к применению бета-блокаторов:

- функционально-кардиальные симптомы (кардиофобия, нейро-вегетативная тахикардия, неврозы сердца);
- ситуационные и «фобические» страхи (страх перед ездой в автотранспорте или полетом в самолете, страх перед животными, перед выступлениями, экзаменами, боязнь интервью, страх перед врачебным вмешательством);
- как вспомогательное средство в фармакотерапевтическом комплексе при лечении состояний, сопровождающихся ипохондрией, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью.

Некоторые авторы рекомендуют проводить лечение различных депрессивных состояний с помощью бета-блокаторов, совершенно забывая о том, что эти препараты при длительном приеме сами могут вызвать развитие депрессии.

Противопоказания

В качестве абсолютного противопоказания можно назвать синдром слабости синусового узла и брадикардию менее 50 ударов в минуту в пожилом возрасте. Относительные противопоказания связываются с появлением редких побочных явлений — головных болей, утомляемости, желудочно-кишечных расстройств, гипогликемии.

Рекомендуемые дозы обзидана и тразикора (окспренолола) при систематическом приеме — от 20 мг в сутки до 20 мг 3 раза в день в течение первой недели, до 40 мг 3 раза в день в последующие три недели. В дальнейшем дозировку рекомендуется плавно снижать.

Психодизлептики

Более пятидесяти лет прошло с 16 апреля 1943 г., когда швейцарский химик Альберт Гофман случайно обнаружил мощные психоактивные свойства диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД). Психоделики — так начали называть эти вещества в конце

50-х годов.

Они были известны только узкому кругу специалистов. Психиатры рассматривали ЛСД как интересное и перспективное средство для лечения ряда психических заболеваний, психоаналитики видели в нем инструмент для быстрого доступа к бессознательному своих пациентов, а экспериментальных психологов ЛСД интересовал как один из методов изучения психических процессов и их нарушений, особенно в области восприятия.

Но в самом начале 60-х годов ряд известных деятелей культуры и науки, например английский писатель О. Хаксли (A. Huxley), группа психологов из Гарвардского университета под руководством профессора Т. Лири (T. Leary) и другие, провозгласили, что психоделики — это ключ к самопознанию человека, путь к более высоким формам сознания и основа новой религии. Эти идеи молниеносно были подхвачены разными интеллектуальными и молодежными движениями, особенно хиппи в США.

Психоделики, по А. Гофману, могут быть определены как вещества, которые вызывают изменения в мышлении, восприятии и аффективной сфере, наблюдаемые отдельно друг от друга или совместно без значительных расстройств автономной нервной системы, таких, как помрачение сознания или другие серьезные нарушения. В литературе, кроме термина «психоделики», часто используются и другие, которые, в сущности, являются синонимами: психотомиметики, психодизлептики, галлюциногены, фантастики, иллюзиогены, гиперсенсы и др.

Классификация психодизлептиков

А. Шульгин (A. T. Shulgin) приводит классификацию психодизлептиков, основываясь на критерии близости их молекулярной структуры структуре нейромедиаторов:

I. Психотомиметики, родственные серотонину:

- триптамины (ДМТ, ДЭТ, ДПТ, псилоцибин, CZ-74, CEY-19 и др.);
- бета-карболины (гармалин, гармин);
- производные лизергамида (ЛСД-25, АЛД-52, ЛСМ-775).

II. Психотомиметики, родственные допамину:

- фенэтиламины (мескалин, 2C-D, 2C-B, 2C-C, 2C-E («ESTET»), 2C-P («DOPROPET»));
- фенилизопропиламины (ПМА, МДА, ТМА, ДОЕТ, ММДА, МДМА («экстази»)).

III. Психотомиметики, родственные ацетилхолину (Дитран, JB-318, JB-336).

IV. Другие психотомиметики (Ибогаин, Мусцимол, Кетамин и др.).

Механизм действия психодизлептиков

Механизм действия психотомиметиков до сих пор окончательно не выяснен. Исследование этапов синаптической передачи показало, что некоторые препараты действуют путем усиления или подавления высвобождения нейромедиатора. Например, под действием психотомиметиков — аналогов амфетамина (фенилизопропиламина) нервные окончания мозга выделяют дофамин — медиатор, связанный с системами бодрствования и удовольствия. Реальная ситуация в картине механизма действия психотомиметиков осложняется тем, что эти препараты действуют не только на систему нейропередачи, но и на протекание других нейробиохимических процессов.

Применение таких психотомиметических веществ, как ЛСД, псилоцибин, мескалин, в психотерапии началось в середине 50-х годов XX в. в ряде исследовательских центров Европы и Северной Америки. Пионерами ЛСД-терапии стали английский терапевт Р. А. Сандисон (R. A Sandteon), X. Осмонд (Н. Osmond),

существенные работы в последующее десятилетие были выполнены западногерманским психиатром Х. Ленером (H. Leuner), чешским психиатром С. Грофом (St. Grof), американскими психиатрами Х. Абрамсоном (H. Abramson), С. Коэном (S. Cohen), группой психологов из Гарвардского университета под руководством Т. Лири (T. Leary) и многими другими.

В бывшем Советском Союзе особенно много в этой области сделал Г. В. Столяров, который применял ЛСД для лечения психических расстройств. В своем труде «Лекарственные психозы и психотомиметические средства» он очень подробно и вполне исчерпывающе изложил весь опыт применения психодизлептиков в терапевтических целях у психически больных.

Короткие побочные эффекты психотомиметиков

Наиболее часто при применении психотомиметиков отмечались короткие (от 1 до 24 ч) психологические осложнения в виде острых панических реакций (ОПР). Симптомы ОПР включают пугающие, тревожные иллюзии или галлюцинации (обычно визуальные или слуховые); непреодолимую тревогу, панику, страх смерти или безумия; иногда агрессивное поведение; депрессию с суицидальными тенденциями; спутанность сознания и страх из-за паранойяльных заблуждений.

Длительные негативные психологические реакции являлись наиболее тяжелыми осложнениями при применении психотомиметиков. Наблюдались пролонгированные депрессии и психотические эпизоды. Их продолжительность варьировалась от нескольких суток до месяцев. Хотя указывается, что частота такого рода осложнений при применении ЛСД у контингента психически больных не превышала 2% (3 случая из 158 сеансов). Картина затяжных психотических эпизодов представляла, по выражению исследователей, как бы карикатуру на их состояние перед введением. Подчеркивается, что в большинстве случаев возникновению длительных психопатологических реакций предшествовали латентная или истинная формы психической патологии. Ряд ученых думают, что длительные психические осложнения являлись результатом провоцирующих (экзацербирующих) свойств психодизлептиков.

Отдаленные побочные эффекты психотомиметиков

Другой тип психологических осложнений при применении психотомиметиков — отдаленные психотические реакции — отличается от предыдущих тем, что они появляются не сразу, а через некоторое время после окончания действия препарата. Период, свободный от всяких отклонений, может варьироваться от нескольких недель до месяцев. Симптомы отдаленных психических реакций могут быть очень разнообразными и включать психопатическое поведение, несоответствие эмоций, эмоциональную лабильность, депрессию и ажитированную депрессию, острые тревожные и панические реакции, расстройства мышления, галлюцинации и иллюзии (зрительные и слуховые), бред, регрессию, деперсонализацию и чувство нереальности, апатию, спутанность, расстройство чувства времени и др. Связь этих расстройств с применением психодизлептиков также весьма спорна, так как возникавшие расстройства были достаточно редки и носили явную «эндогенную» окраску.

Осложнения в виде реминисценций

Последний тип осложнений при применении психотомиметиков представляет собой «яркие реминисценции», или, как их принято называть в зарубежной литературе, явления «flashback». Они представляют собой острые, непредсказуемые, спонтанные возвращения психических феноменов, испытанных под действием психотомиметиков (чаще ЛСД). Они могут внезапно появиться месяцы спустя после применения препарата, хотя до этого времени у пациента не отмечалось ни малейших отклонений от нормального состояния. Частота реминисценций, сообщаемая разными авторами, колеблется от 15 до

77%. Вероятность их возникновения возрастает с увеличением числа сеансов с применением психотомиметиков. Р. Матефи (R. Matefy) и его сотрудники в серии статей описали сравнительные исследования пациентов, одна группа которых испытывала яркие реминисценции после применения психотомиметиков, а другая — нет. Авторы не нашли значимых психопатологических различий при обследовании. Однако группа «флешбэкеров» отличалась высокой внушаемостью.

Дальнейшая практика «психоделической» терапии была свернута в связи с запрещением применения ЛСД и ряда других психотомиметиков в работе с людьми. Большую роль в этом сыграли распространение психодизлептиков на улицах («уличная кислота») и появившиеся сведения о мутагенных свойствах ЛСД.

Однако в последнее время появился ряд монографий «новой волны», обобщающих результаты применения психоделиков как вспомогательного средства при психотерапии. Более корректно проведенные генетические исследования не подтвердили мутагенных свойств ЛСД. Надо отметить, что подавляющее большинство психологов, психотерапевтов и психиатров, работавших в этой области, находят данный метод весьма перспективным. Не исключено, что по инициативе некоторых энтузиастов исследования в этой области возобновятся. В некоторых американских штатах исследователи обратили внимание на так называемый «малый» психодизлептик — тетрагидроканабинол, содержащийся в конопле, который даже выпускается в виде препарата «дронобитол», или «ТНС». Данное средство широко применяется в онкологической практике.

Психотерапия

Принципы психотерапии

Важным методом лечебного воздействия является психотерапия, включающая элементы психокоррекции. Проводимая параллельно с лекарственным лечением симптоматическая психотерапия помогает снизить тревожность, отвлечь внимание больного от ипохондрических опасений, заставить его принимать активное участие в лечебном процессе. При соучастии в генезе наблюдаемых расстройств неразрешенных интрапсихических конфликтов психотерапия используется как патогенетический метод лечения. Еще раз хочется подчеркнуть, что лечению подлежит личность больного, а не изолированный орган или система. В принципе, во всех случаях терапия убеждением, внушением и самовнушением (в частности, аутогеннаая тренировка) дает хорошие стойкие результаты.

При психотерапии большую роль играет эмоциональное воздействие на больного, оно определяется той информацией, которая исходит от врача, его речи, внешнего вида и личности в целом. Психотерапевтическое воздействие может адресоваться к одному больному (индивидуальная психотерапия) или одновременно к нескольким больным (групповая, семейная психотерапия). Различные виды психотерапии — это всего лишь различные способы подачи, переработки или действия терапевтической информации.

Существует немалое количество различных психотерапевтических школ и направлений. В настоящее время прогрессивные психотерапевты применяют эклектический подход к лечению больного. Этот подход предполагает использование различных психотерапевтических методов для каждой конкретной ситуации. Большинство современных школ психотерапии при всех противоречиях и различных подходах ориентированы на достижение более высокого уровня социальной адаптации, раскрытие внутренних возможностей. Если нарушения функций внутренних органов являются проявлением общих расстройств нервной деятельности, вызванных действием психотравмирующих раздражителей, то прежде всего следует их устранить. Если это невозможно, нужно попытаться путем внушения или убеждения изменить отношение больного к этим раздражителям и таким образом устранить возникший конфликт.

Однако зачастую бывает очень затруднительно выявить эти самые конфликтные ситуации, в силу того что у больного срабатывают механизмы психологической защиты. В этих случаях целесообразно использование психодиагностических методик, в частности проективных психологических тестов (ТАТ, тест Роршаха, цветовой тест Люшера и др.). Хорошо себя показала так называемая методика управляемого воображения (В. Стюарт), которая также обладает большим терапевтическим потенциалом. У ряда больных выявляются рентные установки — то есть человек, страдая от болезни, не желает с ней расставаться, потому что при выздоровлении к нему будут предъявляться уже совершенно другие требования (иногда выздоровление приводит к «снятию» группы инвалидности и, как следствие, к лишению пенсии и льгот).

Часто расстройство несет условную выгоду для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения. При лечении нарушений функций внутренних органов важно выяснить не только семейную ситуацию, но и особенности половой жизни и в случаях выявления дисгармонии рекомендовать меры по устранению отклонений. При нарушении отношений в семье необходимо применять методы семейной психотерапии. Выбор метода психотерапии зависит от склада личности больного, от его отношения к тем или иным методикам (бывает, что больные ранее лечились тем или иным методом с разным успехом), часто приходится сталкиваться с больными, изначально «ориентированными на гипноз».

Каким бы ни был в конечном итоге метод лечебного воздействия, важно, чтобы он дал желаемый результат. Так, одному человеку достаточно одного краткосрочного психотерапевтического приема («противоалкогольное кодирование», «снятие порчи»), для проведения которого не требуется никакого специального образования, в то время как другому нужна длительная полноценная психотерапия и квалифицированная помощь.

Основные методы психотерапии

Психотерапевтов иногда отождествляют со специалистами по эмоциональным расстройствам. Психотерапевт — это прежде всего специалист, имеющий профессиональную подготовку, позволяющую оказывать помощь людям. Психотерапией обычно занимаются психологи, психиатры.

В России официально этим родом деятельности могут заниматься лица, имеющие либо медицинский диплом, либо прошедшие специальный курс подготовки.

Убеждение, или рациональная психотерапия

Лечение убеждением — это лечение информацией, вступающей во взаимодействие с имеющимися у больного представлениями и подвергающейся логической переработке. На основании этого могут возникать новые взгляды на вещи, новая оценка травмировавших психику событий, новые установки на будущее. При лечении по этому методу вырабатываются или укрепляются полезные для здоровья больного новые представления и тормозятся старые. Таким путем достигается изменение информационного значения некоторых раздражителей и потеря ими патогенных свойств.

В процессе лечения убеждением врач стремится не только изменить отношение больного к тому или иному психотравмирующему событию, но и более глубоко повлиять на его личность — перевоспитать его, повлиять на черты характера или укоренившиеся взгляды, делающие его особенно чувствительным в отношении психотравмирующих событий. Это имеет огромное значение как для лечения, так и для общего оздоровления личности и профилактики новых обострений заболевания.

Техника лечения сводится к беседам с больным, во время которых врач разъясняет ему причину заболевания и обратимый характер имеющихся у него нарушений, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки,

перестать фиксировать внимание на имеющихся у него патологических симптомах. Аргументы могут быть самого различного характера. Одним из приемов может быть использование соответствующих мест из книг. Больной порой более склонен верить написанному, чем тому, что говорит врач, так как подозревает, что врач хочет его успокоить и поэтому неискренен. При этом имеет значение авторитет автора книги и солидность издания.

Естественно, что больной должен быть «открыт» для данного метода психотерапии. Лечебный эффект достигается легче, если то, в чем убеждают больного, не противоречит его убеждениям. Поэтому на одного скорее подействует снятие «порчи» или «сглаза», на другого — «биоэнерготерапия» и «кодирование» и т. п. Необходимо заметить, что лечение у знахарей порой таит опасность ятрогении и несвоевременного принятия необходимых медицинских мер. В практике достаточно часто приходится сталкиваться с больными, прошедшими «нетрадиционный курс лечения», которых потом приходится переубеждать «вдвойне».

Гипнотерапия

Гипноз является одним из традиционных методов психологического воздействия, эта техника прочно укоренилась в психологии и в психиатрии.

Среди современных суггестивных техник особенно популярны недирективные техники: нейролингвистическое программирование (reframing), эриксоновский гипноз (косвенное внушение, построенное на развертывании семантики метафор) и так называемое «управляемое воображение», базисные принципы которых сходны.

Внушение

Внушение (suggestio) — подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических процессов. Путем внушения могут вызываться ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также могут оказываться воздействия на вегетативные функции без активного участия личности. Внушение невозможно при отсутствии семантического (смыслового) содержания в сообщении. Так, например, человеку нельзя что-либо внушить на незнакомом ему языке. Разновидностью внушения является плацебо-терапия, при которой больному, например, говорится, что данное средство вызовет у него сон, и при этом дается совершенно индифферентное вещество. В этом случае больной ошибочно приписывает наступившее действие раздражителю, который сам по себе, без заверения врача не способен его вызвать.

Собственно, гипноз — это внушение, производимое больному, находящемуся в состоянии гипнотического сна. Погружению в гипнотический сон способствует все то, что способствует наступлению естественного сна.

Определение внушаемости больного

При лечении внушением в состоянии гипнотического сна больному прежде всего разъясняют сущность лечебного метода. Например, указывают, что гипнотический сон — это обычное состояние дремоты или глубокого сна, во время которого человек может слышать и воспринимать речь врача. Затем проводят пробы, позволяющие судить о степени внушаемости гипнотизируемого. Вот некоторые из них:

I. Больному предлагают вообразить, что он ест лимон. Далее внушающим голосом ему указывают, что он представляет себе, как этот лимон режут, выжимают. Чем больше ярких, «сочных» подробностей, тем лучше. В результате этой пробы удается вызвать слюноотделение и кислый вкус во рту.

II. Сидящему человеку предлагают положить руку на свое колено, затем просят смотреть на руку и внушают, что рука сейчас стала очень тяжелая, словно налилась

свинцом. После этого врач слегка приподнимает руку больного. Чем больше сопротивление больного, тем выше его внушаемость.

III. Стоящему с закрытыми глазами больному предлагают держаться совершенно прямо, так чтобы главной опорой были пятки. После дают задание усиленно думать о том, что он упадет назад. При этом спокойно, но твердо и уверенно следует внушать: «Вы падаете назад! Вас тянет назад! Вы уже падаете, падаете!» Большинство больных действительно начинают отклоняться назад.

IV. Врач ставит больного лицом к себе с опущенными вдоль туловища руками и сдвинутыми вместе ногами. Больному предлагается смотреть прямо в глаза врачу, фиксирующему свой взгляд на переносице больного. Далее врач слегка касается висков больного и произносит: «Сейчас я отведу свои руки, и вас потянет вперед за ними». Руки отводят и несколько отходят назад, говоря: «Вы падаете, падаете!» В этот момент больной действительно может упасть, и его необходимо вовремя поддержать.

На самом деле существует огромное количество подобных проб. Их применение не только может выявить уровень внушаемости пациента, но и повысить его.

Техника гипноза

Среди техник гипнотического внушения чаще всего применяется смешанный способ гипнотизирования. Он заключается в одновременном применении словесного воздействия и воздействия на различные анализаторы — зрительный, слуховой, кожный.

Пожалуй, лучше всего подходит подкрепление внушения воздействием на звуковой анализатор. Это объясняется тем, что звуки маскируют внешние шумы, которые отвлекают внимание больного. Иногда можно подавать звуковую информацию через наушники, если позволяет аппаратура. Сейчас на рынке появилось множество записей специальной музыки («музыка для релаксации», «нью эйдж»), однако зачастую она очень низкого качества, потому что распространяется на дешевых аудиокассетах и, как правило, целиком (включая природные шумы) «неживая», потому что исполняется программно на MIDI-синтезаторах. Удобнее пользоваться подборкой Клауса Щульце, Брайна Ино, ровной классической музыкой или спокойными этническими композициями, свет же оставлять приглушенным. Применяя такой способ, очень удобно ориентироваться во времени сеанса.

Больного укладывают на кушетку или усаживают в кресло, затем просят закрыть глаза, включают музыку и просят прислушаться к звуку. После некоторой паузы произносят формулу словесного внушения, которая примерно может выглядеть следующим образом: «Отбросьте все посторонние мысли. Дышите спокойно, равномерно и глубоко. Вы все время слышите мой голос и эту спокойную исцеляющую музыку. Дыхание становится все ровнее и ровнее, все глубже... С каждой новой волной звуков вас охватывает приятная дремота, сонливость... Ваше тело приятно тяжелеет, расслабляется... Я буду считать, и с каждой цифрой дремота будет усиливаться... Раз... Приятное тепло разливается по всему вашему телу... Два... В голове появляется легкий туман... Три... Он все нарастает, все усиливается... Четыре... Продолжает усиливаться дремота... Пять... Мой голос действует усыпляющим образом... Шесть... Вы начинаете засыпать... Семь... Непреодолимая сонливость охватывает вас...»

Некоторые формулировки можно повторять несколько раз. О достижении больным стадии гипнотического сна можно судить по изменению ритма дыхания, по отсутствию глотательных движений. В конце сеанса перед пробуждением следует 2—3 раза повторить специальное терапевтическое внушение, дать установку, что на следующих сеансах больной заснет крепче и быстрее. И перед самым пробуждением произнести: «Теперь я вас разбужу. На цифре 3 вы проснетесь и будете чувствовать себя бодрым и отдохнувшим. Проснувшись, вы окажетесь в хорошем настроении, как после нормального сна». Далее психотерапевт начинает громким голосом медленно считать, после чего больные обычно пробуждаются.

Аутогенная тренировка

Целью этого справочника не является подробное раскрытие сути всех психотерапевтических методик, потому что, во-первых, это заняло бы слишком много места, а во-вторых, овладение психотерапевтическими методиками только на основе данных литературы невозможно — для этого существуют специальные тренинги. Однако методике аутогенной тренировки (самовнушению), приведенной ниже, может научиться каждый. Данный способ самовнушения может быть полезен абсолютно всем.

Самовнушение может оказывать огромное влияние на психические и вегетативные процессы в организме, в том числе на не поддающиеся произвольной регуляции.

Аутогенная тренировка на фоне общего покоя и расслабления мышц всего тела все шире используется для регулирования нервно-эмоционального состояния, восстановления сил после напряженного труда. Человек может внушить себе радость, бодрость и другие ощущения, которые улучшают самочувствие, поднимают настроение.

Самовнушение влияет положительно не только на психику человека, но и на состояние внутренних органов. Например, если внушить себе, что в конечностях, области сердца и живота появляется ощущение тепла, в этих участках действительно наблюдается повышение температуры. Сочетание внушения с расслаблением мышц снижает тонус мускулатуры внутренних органов и таким образом ликвидирует спастические состояния, которые характерны для многих заболеваний.

В состоянии расслабления наблюдаются замедление пульса и дыхания, снижение артериального давления. Однако надо помнить, что эффект появляется не сразу, а лишь через 2—3 месяца тренировки. Самовнушение доступно всем, его можно использовать в различных целях.

В данном случае аутогенная тренировка предлагается с психогигиенической целью для практически здоровых людей. И все же, прежде чем заняться ею, лучше поговорить с врачом.

Техника аутогенной тренировки

Аутогенную тренировку рекомендуется проводить 2—3 раза в день (утром, прежде чем встать с постели, днем после обеда и вечером перед сном) по 7—10 мин.

Утром и вечером занятия проводятся лежа на спине с закрытыми глазами, руки вдоль туловища, слегка согнуты в локтях, расслаблены. Днем можно заниматься сидя на стуле или скамейке: согнуть свободно расставленные ноги, кисти и предплечья лежат на бедрах, голова опущена на грудь, глаза закрыты, тело расслабленно («поза кучера»).

Формула самовнушения должна сочетаться с дыханием. При вдохе мысленно (про себя) называется часть тела, и туда направляется взгляд (при закрытых глазах без поворота головы). При выдохе — расслабление и ощущение тепла (рука в теплой воде) и тяжести (рука набухает). Чем ярче эти представления, тем большего эффекта вы достигнете.

Примерные формулы

I. Я успокаиваюсь («я» — при вдохе, «успокаиваюсь» — на выдохе и паузе).

II. Мое лицо спокойно («мое лицо» — при вдохе, «спокойно» — на выдохе и паузе).

III. Зубы разжимаются (здесь и далее по схеме).

IV. Щеки теплеют.

V. Веки расслабляются.

VI. Лоб разглаживается.

VII. Лицо теплеет.

VIII. Моя правая рука (левая) расслабляется и теплеет.

IX. Кисть правая (левая) тяжелая и теплая.

X. Предплечье правое (левое) расслабляется и теплеет.

XI. Плечо правое (левое) расслабляется и теплеет.

XII. Вся правая (левая) рука тяжелая и теплая.

XIII. Руки тяжелые и теплые.

XIV. Моя правая (левая) нога расслабляется и теплеет.

XV. Стопа правая (левая) тяжелеет и теплеет.

XVI. Голень правая (левая) тяжелеет и теплеет.

XVII. Вся правая (левая) нога тяжелая и теплая.

XVIII. Ноги тяжелые и теплые.

XIX. Моя спина расслабляется и теплеет.

XX. Между лопатками теплеет.

XXI. Поясница расслабляется и теплеет.

XXII. Я чувствую приятное тепло в груди.

ХХШ. Сердце бьется спокойно и ритмично.

XXIV Сосуды сердца расширились.

XXV. Мой живот мягкий и расслабленный.

XXVI. Мой живот теплеет.

XXVII. Мой лоб прохладный.

XXVIII. Моя голова легкая, светлая.

XXIX. Я отдохнул и успокоился.

XXX. Я чувствую себя хорошо.

Тренировка начинается с первой формулы и включает в себя последовательно 3—4 формулы.

Таким образом, все 30 формул выполняются лишь к 8—10-му дню систематической тренировки. Количество повторений каждой формулы уменьшается с 8—10 до 2—3 раз по мере овладения техникой таким образом, чтобы общее время каждого занятия не превышало 7—10 мин. Применяя эту методику на себе, я заметил, что ощущение тяжести и тепла начинается с кончиков пальцев и затем распространяется на все тело, а к концу второй недели возникает после 2—3-кратного повторения формул: тело тяжелое, я спокоен, все тело теплое, расслабленное; сердце мощное, спокойное, дышать легко, спокойно; лоб прохладный, голова светлая, я чувствую себя хорошо.

Упражнение считается усвоенным, когда ощущения вызываются легко и отчетливо.

После утреннего и дневного занятий занимающийся сидит некоторое время спокойно (несколько секунд), затем делает резкий глубокий вдох, одновременно сгибая руки в локтях, сжимая пальцы в кулаки и приводя согнутые руки к груди, потом открывает глаза и медленно выдыхает, разгибая руки и пальцы, разводя руки в стороны по возможности шире. Повторить 2—3 раза. Вечернее занятие заканчивается формулой: «Я расслаблен и хочу спать».

Фитотерапия

Наиболее распространенные препараты

В дополнение к сказанному о лечении психотропными средствами важно коснуться вопросов фитотерапии. Данный вид лечения в медицинской практике применяется неоправданно редко. Часто игнорируются даже те препараты, которые относятся к сфере так называемой «научной медицины» и узаконены в фармакопее. К настоящему времени в отечественной и зарубежной литературе признаются вполне надежными такие лекарственные травы с преимущественно седативным действием, как валериана

(valeriana), пустырник (leonuris), пион, ландыш (convallaria), пассифлора, листья эвкалипта; вещества с преимущественно тонизирующим действием — . женьшень, элеутерококк, родиола, левзея, заманиха, стеркулия, лимонник, аралия; с преимущественно вегетотропным действием — боярышник (crataegus), пассифлора, препараты белладонны (belladonna), спорыньи и раувольфии (rauwolfia); с преимущественно антидепрессивным действием — зверобой (в этом случае речь идет о настое 10,0 : 100,0 по 1 ст. л. до 4-х раз в день; в последнее время широко стали применять немецкие препараты Aristoforat в капсулах — по 1 капсуле 3 раза в день или Hyperforat в драже — по 1—2 драже 2—3 раза в день). Зверобой и его дериваты эффективны также при лечении ночного энуреза у детей. По сравнению с лечением официальными психотропными средствами фитопрепараты практически не вызывают привыкания, не дают побочного действия при умелом подборе дозировки. Заслуживает внимания возможность комбинирования растительных средств с препаратами иного типа.

Показания к назначению фитопрепаратов и способы их применения

Экстракт или настойка боярышника (30 капель 3 раза в день до еды) показаны для купирования побочного действия нейролептиков и антидепрессантов (тахикардия, неприятные ощущения в области сердца и некоторые иные вегетативные расстройства) и вполне могут применяться вместе с ними.

При невротических расстройствах, в том числе у детей, иногда удается обойтись одной лишь валерианой в таблетках — по 1—2 таб. 2—4 раза в день.

При бессоннице у детей старше 1 года рекомендуется настой из следующего сбора:

- валериана лекарственная (корни и корневища) — 1 ст. л; вахта трехлистная (листья) — 1 ст. л.; мята перечная (трава) — 1 ст. л.; пустырник пятилопастный (трава) — 2 ст. л.; хмель обыкновенный (шишки) — 1 ст. л. Сбор смешать. 1 ст. л. сбора залить 1 стаканом кипятка, нагревать в эмалированной посуде на водяной бане в течение 15 мин. Охладить при комнатной температуре в течение 45 мин, процедить. Ребенку до 2-х лет дают по 1 дес. л. перед сном, до 3-х лет и более — по 1 ст. л. Приготовленный настой не рекомендуется хранить более 2-х суток.

При психовегетативных расстройствах с головными болями и бессонницей представляется целесообразным использование двух микстур:

- утренняя микстура:

Rp. Inf. Hb. Leonuri — 12.0 : 200,0 Analgini — 1.0 Coffeini n-b — 0.5 Sol. Magnesiae sulf. — 25% — 10.0 Sol. Citrali 1% — 5.0 Extr. Crataegi fluidi — 4.0 M.D.S.: по 2 ст. л. утром;

- вечерняя микстура:

Rp. Inf. Hb. Leonuri — 12.0 : 200.0 Analgini — 1.0 Nanrii bromidi — 5.0 Medinali — 2.0 Extr. Crataegi fluidi — 4.0 M.D.S.: по 2 ст. л. на ночь.

Применительно ко второму из этих рецептов необходимо заметить, что при депрессивных проявлениях включение в микстуру бромидов нецелесообразно.

Настойка ландыша (Tinctura Convallariae). Настойка (1 : 10) на 70%-ном спирте. Применяют при относительно легких формах хронической сердечной недостаточности, вегетативных неврозах (в сочетании с седативными средствами). Назначают внутрь: взрослым — по 15—20 капель, детям — от 1 до 12 капель 2—3 раза в день.

Имеется целый ряд готовых лекарственных средств, в состав которых входит настойка ландыша. Rp. T-rae Convallariae 15 ml D. S. По 15 капель 2—3 раза в день.

- Rp. T-rae Convallariae T-rae Valerianae aa 15 ml M.D.S. По

20 капель 2—3 раза в день.

- Rp. T-rae Convallariae T-rae Valerianae Adonisidi aa 10 ml M.D.S. По 15—20 капель 2—3 раза в день.

- Rp. T-rae Convallariae T-rae Crataegi aa 12,5 ml M.D.S. По 15—20 капель 3 раза в день.

- Rp. T-rae Convallariae T-rae Valerianae aa 10 ml T-rae Belladonnae 5 ml Mentholi 0,2 M.D.S. По 20—25 капель 2—3 раза в день. (Несколько видоизмененная пропись капель Зеленина).

При кардионевротических расстройствах показана следующая комбинация растительных средств:

- Rp. T-rae Convallariae T-rae Valerianae aa 10 ml Extr. Crataegi fluidi 5 ml Mentholi 0.05 (0.1) M.D.S. По 20—25 капель 3 раза в день.

В лечении импотенции, в том числе вследствие несильных радиационных воздействий, эффективен препарат из индийских трав Tentex-forte в таблетках — по 1 таб. 2 раза в день с молоком. В случаях применения общеукрепляющей терапии показано применение тонизирующих препаратов — женьшеня, элеутерококка и других (более подробно см. соответствующий раздел).

- Rp. Extr. Eleutherococci fluidi 50 ml D.S. По 20 капель 2—3 раза в день (до еды).

- Rp. T-rae Ginsengi 50 ml D.S. По 25 капель 3 раза в день (до еды).

В последние годы биотехнологическими методами удалось получить in vitro из культуры тканей корня женьшеня биомассу, близкую по составу, органолептическим и фармакологическим свойствам к природному корню женьшеня. Из биомассы получена настойка «Биоженьшень», близкая по действию к обычной настойке женьшеня. Принимают внутрь за 30—40 мин до еды по 30—50 капель 2—3 раза в день. Максимальная суточная доза для взрослых — 200 капель.

При лечении климактерических расстройств очень эффективен комбинированный препарат новопассит, содержащий пассифлору, мелиссу, боярышник, хмель и мягкий транквилизатор бензодиазепиновой группы. Назначается по 1 ч. л. 3—4 раза в день во время еды.

В качестве психостимулирующих (активизирующих) средств, кроме препаратов женьшеня и элеутерококка, также могут применяться:

I. Плод лимонника (Fructus Schizandrae). Зрелые, освобожденные от околоплодника плоды дикорастущей лианы лимонника китайского (Schizandra chinensis (Furcz) Baill) семейства магнолиевых (Magnoliaceae), распространенные в Приморском и Хабаровском краях.

Содержит кристаллическое вещество схизандрин, эфирные масла, органические кислоты, углеводы, витамин C и другие вещества. Оказывает возбуждающее влияние на ЦНС, стимулирует сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Применяют при физическом напряжении, физической и умственной усталости, повышенной сонливости и т. п. Назначают внутрь в виде спиртовой настойки по 20—30 капель (или порошок по 0,5 г) натощак либо через 4 ч после приема пищи 2—3 раза в день.

Rp. T-rae Schizandrae 50 ml D.S. По 20—25 капель 1—3 раза в день (до еды).

II. Экстракт родиолы жидкий (Extractum Rhodiolae fluidum). Спиртовой (на 40%-ном этиловом спирте) экстракт (1 : 1) из корневищ с корнями родиолы розовой. Жидкость темно-бурого цвета с характерным ароматным запахом. Родиола розовая — Rhodiola rosea L. — растение семейства толстянковых (Crassulaceae), многолетнее травянистое растение. Распространено в Западной Сибири (Алтай, Саяны), Восточной Сибири, на Дальнем Востоке. Корневая система

состоит из корневища и немногочисленных корней. Внутренние слои корневищ имеют лимонно-желтый цвет, откуда происходит народное название растения — золотой корень. В народной медицине Алтая корневища используются как средство, снимающее усталость и повышающее работоспособность. Экстракт родиолы жидкий применяют в качестве стимулирующего средства при астенических состояниях, повышенной утомляемости, при неврастенических состояниях, вегетососудистой дистонии.

Препарат может применяться у больных, перенесших соматические или инфекционные заболевания, у больных с функциональными нарушениями нервной системы, а также у практически здоровых людей при астении и пониженной работоспособности.

Назначают экстракт внутрь по 5—10 капель 2—3 раза в день за 15 — 30 мин до еды. Курс лечения — 10—20 дней. В психиатрической практике (при явлениях астении, при акинетико-гипотоническом синдроме и др.) назначают начиная с 10 капель по 2—3 раза в день, затем дозу постепенно увеличивают до 30—40 капель на прием.

При применении препарата в отдельных случаях могут наблюдаться возбуждение, бессонница, головная боль, иногда гипертензия (в этих случаях уменьшают дозу или прекращают прием препарата). Противопоказания: состояние возбуждения, гипертонические кризы, лихорадочные состояния. Препарат не принимают во второй половине дня.

III. Настойка заманихи (Tinctura Echinopanacis). Настойка (1 : 5) на 70%-ом спирте из корней и корневищ Echinopanax elatum (эхинопанакс высокий) семейства аралиевых (Araliaceae) — кустарника, произрастающего на Дальнем Востоке. Содержит сапонины, следы алкалоидов и гликозидов, эфирное масло. По действию на организм близка к настойке женьшеня. Применяют как средство, стимулирующее ЦНС при астенических состояниях, при гипотензии. Назначают внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день до еды.

Rp. T-rae Echinopanacis 50 ml D.S. По 30—40 капель 3 раза в день (до еды).

IV. Настойка аралии (Tinctura Araliae). Настойка (1 : 5) на 70%-ом спирте из корней аралии высокой (аралии маньчжурской) — Aralia elata (Mig.) Seem (Aralia Mandshurica Rupp, et Maxim), семейство аралиевых (Araliaceae). Оказывает стимулирующее влияние на ЦНС. Применяют при гипотензии, астении.

Назначают внутрь по 30—40 капель 2—3 раза в день. Противопоказана при повышенной нервной возбудимости, бессоннице, гипертонической болезни.

Rp. T-rae Araliae 50 ml D.S. По 30—40 капель 2—3 раза в день (до еды).

V. Настойка стеркулии (Tinctura Sterculiae). Настойка (1 : 5) на 70%-ом спирте из растения стеркулия плантанолистная (Sterculia plantanifolia) семейства стеркулиевых (Sterculiaceae). Применяют как стимулирующее и тонизирующее средство при астении, переутомлении, понижении мышечного тонуса и т. п.

Назначают внутрь по 10—40 капель 2—3 раза в день (до еды). Курс лечения — 3—4 недели.

VI. Экстракт левзеи жидкий (Extractum Leuzeae fluidum). Спиртовой (на 70%-ом этиловом спирте) экстракт (1 : 1) из корневищ с корнями левзеи — травянистого культивируемого или дикорастущего растения рапонтикума сафлоровидного (синоним: левзея сафлоровидная) — Rhaponticum carthamoides (Willd.), Iljin (синоним: Leuzea carthamoides D. C), сем. астровых (Asteraceae).

Растение произрастает в горах Алтая, в Западной и Восточной Сибири, в Средней Азии. В Сибири растение известно под названием «маралова трава», а корень — под названием «маралий корень». Применяют в качестве стимулирующего средства,

повышающего работоспособность при умственном и физическом утомлении. Назначают по 20—30 капель 2—3 раза в день.

Rp. Extr. Leuzeae fluidi 40 ml D. S. По 20—30 капель 2—3 раза в день (до еды).

VII. Биосед (Biosedum). Водный экстракт из консервированной свежей травы очитка большого (Sedum maximum L. Suter), семейство толстянковых (Crassulaceae). Относится к группе биогенных стимуляторов. Усиливает процессы обмена и регенерации, оказывает общетонизирующее и противовоспалительное действие. Применяют как вспомогательное средство для стимуляции обменных и регенерационных процессов в офтальмологической (ожоги роговой оболочки, свежие помутнения роговицы и др.), стоматологической (пародонтоз), хирургической (ускорение консолидации костных переломов, лечение трофических и варикозных язв голени и др.) и терапевтической (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) практике. Вводят под кожу или внутримышечно ежедневно по 1—2 мл (до 3—4 мл) в сутки. Препарат может назначаться для электрофореза по 3—5—7 мин. ежедневно (до 20 сеансов). Биосед противопоказан больным ахилией и при злокачественных новообразованиях.

Глава 4. Психосоматические расстройства у детей

Предпосылки психосоматических расстройств у детей

Возникновение психосоматической концепции в медицине связано с именем психиатра Зигмунда Фрейда. Его теория конверсии эмоционального конфликта на соматическую функцию содержит следующие положения:

I. Связь психического, телесного и биологического.

II. Существует психический патогенный агент-аффект, аффективный конфликт.

III. Существует механизм, связующий 2 реальности, — психическую и телесную, механизм символической конверсии, означающий наличие связи между аффективным конфликтом и клиническими симптомами (И. В. Козлова. Синдром раздраженного кишечника как психосоматическая проблема. Саратов. 2002.)

Зигмунд Фрейд считал, что развитие всех стадий личности определяет сексуальное развитие, а его стадии связаны со смещением эрогенных зон — тех частей тела, стимуляция которых вызывает удовольствие.

- I стадия — оральная (до 1 года). Эрогенная зона — слизистая рта и губ. Удовольствие от еды, сосание пальца приводит к удовлетворению «Оно». При ограничениях развивается «Я». Могут формироваться ненасытность, жадность, требовательность, неудовлетворенность всем предлагаемым.
- II стадия — анальная (1—3 года). Эрогенная зона — слизистая кишечника. Ребенок приучается к опрятности, учится соблюдать нормы общества. Формируется «Сверх-Я» — совесть, внутренняя цензура. Развиваются аккуратность, накопительство, пунктуальность, скрытность, агрессивность.
- III стадия — фаллическая (3—5 лет). Пассивная сексуальная стадия, когда сексуальность направляется не только на себя, но и на близких взрослых: у мальчиков развивается привязанность к матери (эдипов комплекс), у девочек — к отцу (комплекс Электры), преодоление которых ведет к интенсивному формированию «Сверх-Я». Зарождаются самонаблюдение, благоразумие.
- IV стадия — латентная (5—12 лет). Детские сексуальные переживания вытесняются интересом к школе, общению с друзьями.
- V стадия — генитальная (12—18 лет). Биологическое «Оно» усиливает

активность. Подростки борются с его агрессивными импульсами, используя механизмы психологической защиты.

В процессе роста и развития в условиях постоянно меняющихся социальной среды и деятельности происходит качественное преобразование личности.

Преобразование личности перерастает социальную ситуацию и ведет к ее взрыву-кризису. Кризисы — переломные моменты, точки на кривой детского развития, отделяющие один возраст от другого.

Отечественный психолог Л. С. Выготский выделял возрастную периодизацию:

- кризис новорожденности — младенческий возраст (2 месяца — 1 год) — кризис 1 года;
- раннее детство (1—5 лет) — кризис 3 лет;
- дошкольный возраст (3—7 лет) — кризис 7 лет;
- школьный возраст (8—13 лет) — кризис 13 лет;
- пубертатный возраст (14—17 лет) — кризис 17 лет.

Кризисы длятся при благоприятном стечении обстоятельств сравнительно недолго (несколько месяцев) и представляют стадии, в ходе которых происходят значительные сдвиги в развитии и резко меняются психологические черты ребенка.

Кризис новорожденности — промежуточный период между внутриутробным и внеутробным образом жизни — ребенок отдален от матери физически, но связан с ней физиологически, находится в состоянии негармоничности, у новорожденных отсутствуют поведение, ориентировка.

Кризис первого года. К году ребенок становится независимым от матери, разрушается ситуация «Мы», постепенно наступает психологическое отделение от матери.

Кризис 3 лет. У ребенка интенсивно развиваются психологические функции, появляются зачатки самосознания: по пересмотру системы социальных отношений, кризис выделения своего «Я» (по Д. Б. Эльконину).

Ребенок отделяется от взрослых, пытается установить с ними новые, более глубокие отношения. «Я сам» — центральное новообразование этого возрастного периода.

Кризис 7 лет. Потери непосредственности, манерничание (ребенок что-то из себя строит, душа закрыта), появление симптома «горькой конфеты» (ребенок не показывает, что ему плохо). Дошкольник замыкается, становится неуправляемым, возникает внутренняя жизнь. Это период рождения социального «Я» (по Божовичу Л. И.).

Игра вытесняется на второй план другой деятельностью — учебой в школе, но формальный переход к учению запаздывает, что вызывает эмоционально-личностный дискомфорт, негативное поведение. В этом возрасте нередко развитие явления школьной дезадаптации — образование неадекватных механизмов приспособления ребенка к школе в форме нарушений школьной дисциплины или поведения, конфликтных отношений, психогенных заболеваний и реакций повышенного уровня тревожности, искажений в личностном развитии — кризис препубертатного возраста (периода).

Пубертатный период характеризуется интенсивным физическим и половым развитием. На первый план в этом периоде выступают общение и отрицание взрослых.

У подростков часто возникают реакции компенсации, которые проявляются в том, что ребенок пытается устранить у себя свои слабости:

- реакция эмансипации: стремление вырваться из-под опеки взрослых; невосприятие, отрицание критики;
- реакция группирования со сверстниками — группы формируются по интересам, с постоянным лидером;
- реакция движения: хобби, увлечения;
- реакция гиперсексуальности — повышенный интерес к проблеме взаимоотношения полов.

Подросток познает себя, что приводит к формированию физического «Я» —

представления о собственной привлекательности, мыслительного «Я» — представления о своем уме, способностях, поведенческого «Я».

Юность (14—17 лет) — переход от физической зрелости к зрелости социальной, включение во «взрослую» жизнь, усвоение норм и правил, существующих в обществе. Это пора выработки взглядов и убеждений, формирования мировоззрения, стремление к самосознанию, самовоспитанию и самосовершенствованию.

Юность — период стабилизации личности, но в то же время проявлений юношеского максимализма в оценках, страстности в отстаивании своей точки зрения.

Таким образом, каждый возрастной период в жизни ребенка имеет свои особенности, последствия которых могут стать фоном для развития психосоматических расстройств.

В свою очередь, хронические заболевания у ребенка — это тяжелая психическая травма не только для него самого, но и для всей семьи. Психологическая реакция больного и членов семьи проходит ряд последовательных стадий.

Шок и неверие. Наблюдаются регрессивное поведение, необоснованные страхи, отрицание болезни; продолжительность стадии — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Протест и страдание. Возможны чувство вины, депрессия, гнев, печаль, оплакивание утраченного здоровья и разбитых надежд. Дети младшего возраста нередко воспринимают болезнь как наказание за плохое поведение, ожесточаются при столкновении с вызванными ею ограничениями или лечением. Подростки боятся стать беспомощными или «не такими, как все», винят во всем родителей или врачей.

Восстановление. На этой стадии ребенок смиряется с ограничениями, которые вызывает заболевание. Нормализуются поведение и взаимоотношения с окружающими; появляется вера в свои силы. Отрицание болезни сочетается с построением планов на будущее. Семья тоже приспосабливается- к новым условиям. Тем не менее дети с хроническими заболеваниями чаще, чем здоровые, страдают эмоциональными расстройствами. Психогенные расстройства у детей наблюдаются чаще, чем у взрослых, и имеют более выраженный соматический характер, обусловленный еще несовершенной центральной нервной регуляцией вегетативных функций.

Фиксация симптомов осуществляется за счет условно-рефлекторного механизма.

Особенностью детского возраста являются естественная эмоциональная и волевая лабильность, проявляющаяся в виде непоседливости и взбалмошности. Иногда имеет место враждебное и упрямое отношение детей ко взрослым. Так как дети являются более эмоциональными, они более открыто проявляют страх и агрессивность, более внушаемы.

Психопатологические проявления соматизированной депрессии у детей

Расстройства ритма сна и бодрствования

Расстройства сна рассматриваются как компенсаторное или адаптационное изменение в ответ на заболевание, психологические проблемы.

20—30% родителей жалуются на расстройства сна у своих детей.

А. Ц. Гольбин (1979 г.) разделяет феномены патологического сна у детей на:

- стереотипии, связанные со сном;
- пароксизмальные явления во сне;
- статические феномены сна;
- сложные поведенческие и психические феномены;
- нарушения в цикле сон—бодрствование.

К стереотипиям, связанным со сном, относятся:

- качания, представляющие собой ритмические маятникообразные движения

головой и туловищем различной амплитуды из стороны в сторону с частотой 0,5—2 в секунду. Качания, как правило, возникают до года с пиком манифестации в 6 месяцев и могут исчезнуть в любом возрасте;

- под биениями понимают стереотипии, при которых ребенок бьется головой о подушку, приподнимаясь на вытянутых руках. Чаще биения возникают у детей в возрасте 1 года;

- движения типа «челнока» заключаются в раскачивании ребенка в передне-заднем направлении в положении «на четвереньках», в возрасте 1,5—3 лет;

- под феноменом «складывания» понимают ритмическое приподнимание и опускание туловища и головы из положения «лежа на спине» в положение «сидя». Это редкое оригинальное расстройство сна выявлено у детей, страдающих соматическими (как правило, аллергическими) заболеваниями, гиперреактивностью, эмоциональной лабильностью и имеющих отягощенный перинатальный анамнез с явлениями угнетения и мышечной гипотонией в первые месяцы жизни;

- сосание пальца встречается у 80% детей, при этом у 78% оно ассоциировано с расстройствами сна. Наиболее часто возникает у грудных детей до 9 месяцев в фазу засыпания. Отмечено незначительное преобладание сосания пальца у девочек и у детей из семей относительно высокого социально-экономического уровня. Среди причин возникновения этого явления упоминают нарушения грудного вскармливания, тревогу или другие переживания ребенка; психоаналитическая школа расценивает сосание пальца как проявление ранней оральной сексуальности. Среди психологических последствий для ребенка, ассоциированных с сосанием пальца, выделяют нарушения внутрисемейных отношений и отношений со сверстниками, формирование самосознания;

- мастурбация как осознанная самостимуляция для получения сексуального возбуждения является естественным этапом развития ребенка. Это явление встречается почти у всех мальчиков и у 25% девочек. Максимальная активность падает на возраст 15 лет. Мастурбация отмечается чаще при засыпании и проявляется напряжением мышц бедер, касанием руками гениталий, принятием различных поз, учащенным дыханием, потоотделением, вскрикиванием. В выраженной форме мастурбация из эволюционного феномена трансформируется в патологическое явление и может приводить к длительному возбуждению, нарушению поведения ребенка, нарушению внутрисемейных отношений, отношений со сверстниками и формированию самосознания, возникновению сексуальных перверсий.

В развитии стереотипий существенную роль играют нарушения взаимоотношений ребенка с родителями, ведущим среди которых является повышенное внимание со стороны родителей к ребенку (без элементов гиперопеки).

Среди пароксизмальных явлений во сне выделяют:

- вздрагивания, которые являются условно-патологическим феноменом сна, тогда как вздрагивания в период засыпания относятся к физиологическим движениям, которые особенно часто встречаются в подростковом периоде;

- бруксизм — скрежетание зубами во сне, встречается в любом возрасте с максимумом манифестации в 10—13 лет;

- астматические приступы во сне — их пик приходится на несколько возрастных отрезков (2 года, 6—7 лет, 10—13 лет). Особенностью таких приступов является их исчезновение при бодрствовании. Эти приступы обусловлены изменениями биоритма сон—бодрствование: дети, имеющие указанные приступы, страдают сонливостью днем, другими пароксизмальными расстройствами сна (вздрагивания, бруксизм). Астматические приступы во сне характерны для атопической бронхиальной астмы, однако характерологические особенности детей позволяют предполагать роль конверсионных (истерических) механизмов в развитии астматического приступа;

- к никталгиям относят приступы различной локализации во время сна. Для многих соматических заболеваний характерно обострение болевого синдрома ночью (печеночные,

кишечные, почечные колики), что обусловлено изменением центрального контроля боли в различные фазы сна;

- ночные страхи представляют собой внезапное психомоторное возбуждение с аффектом страха, при котором ребенок не вступает в контакт с окружающими, а при пробуждении не помнит о случившемся. Длительность приступа — от 30 с до 5 мин.;

- носовые кровотечения отмечаются преимущественно у девочек в возрасте 3—6 и 12—14 лет;

- приступообразные рвоты во сне характерны для детей 2—8 лет и, как правило, сопровождают ночные страхи, астматические приступы, никталгии.

К сложным поведенческим и психическим феноменам относятся снохождение, сноговорение и кошмарные сновидения.

Снохождение (лунатизм, сомнамбулизм) — это форма поведения во сне, которая включает в себя движения, действия и поступки, имеющие видимость произвольных и целенаправленных. Чаще снохождения отмечаются в возрасте 5—10 лет. Развернутые проявления сомнамбулизма выражаются многочасовым или многодневным бродяжничеством («амбулаторный автоматизм»). Эпизоды снохождения, как правило, амнезируются.

Сомнамбулизм ассоциирован с психопатологическими синдромами.

Сноговорения встречаются почти у всех детей и проявляются в различной форме — от нечленораздельных звуков до монологов и песен.

Кошмарные сновидения встречаются в возрастные периоды 3—7 лет и 10—12 лет, их содержание соответствует особенностям развития ребенка, уровню его дневных переживаний, при этом часто они носят символический характер. Отражают характерные симптомы соматического заболевания: например, сцены удушения при заложенности верхних дыхательных путей вследствие респираторной инфекции или при бронхиальной астме, пожар при заболевании желчного пузыря и/или печени. В отличие от ночных страхов, кошмарные сновидения отмечаются при неподвижности во сне, содержание их полностью сохраняется после пробуждения.

Дифференциальные отличия ночных страхов и ночных кошмаров представлены в таблице 3. В категорию нарушений в цикле сон—бодрствование включены нарушения засыпания, пробуждения, бодрствования, инверсия сна и бодрствования. Нарушения засыпания распространены в грудном возрасте и выражаются чрезмерной активностью в вечерние часы и ночью, капризностью.

Таблица 3. Отличия ночных страхов от ночных кошмаров

	Ночные страхи	**Ночные кошмары**
Стадия сна	Быстрый сон	Медленный сон
Время возникновения	Первая треть ночи	С середины до последней трети ночи
Пробуждение	Нельзя разбудить	Легко разбудить
Амнезия	Есть	Нет
Семейный анамнез	Ночные страхи	Ночных кошмаров нет
Возвращение ко сну	Легкое	Трудное

Этиология расстройств сна

I. Особые условия засыпания: дети привыкают засыпать в определенных условиях и в дальнейшем не могут без них обойтись. Примерами могут служить укачивание, кормление, сосание соски, без которых проснувшийся ребенок не может уснуть. Другой пример — засыпание в кровати родителей: проснувшись в собственной кроватке, ребенок не может заснуть из-за непривычной обстановки.

II. Неправильный режим дня (нерегулярный сон в дневные часы, отсутствие

четкого времени отхода ко сну и пробуждения) тоже приводит к нарушениям сна.

III. Сон может нарушаться из-за недостаточно строгого или непоследовательного ограничения активности ребенка при отходе ко сну.

Расстройства пробуждения заключаются в неполном пробуждении с сильной эмоциональной реакцией или грезоподобным состоянием, состоянием растерянности, а также в трудном пробуждении без аффекта.

Нарушения бодрствования проявляются неодолимым желанием спать в необычное время, феноменом парадоксальной сонливости (возбуждение или капризы ребенка при засыпании).

Нарколепсия характеризуется дневной сонливостью и нарушением медленного сна. Начинается, как правило, в возрасте 15—17 лет, реже до пубертатного периода.

Клинические особенности:

- дневная сонливость в основном проявляется, когда больной сидит (у детей этот симптом встречается чаще других);
- каталепсия — внезапное снижение мышечного тонуса при пробуждении или волнении;
- гипнагогические галлюцинации — зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие в момент засыпания или пробуждения;
- сонный паралич — паралич, возникающий в момент засыпания или пробуждения (дыхательные мышцы не вовлекаются).

Полный набор симптомов встречается примерно у 10% больных. Чаще других наблюдаются дневная сонливость и каталепсия.

Астения

Астения (астенический синдром, астенические состояния; является симптомом ряда заболеваний, развивается при длительной интоксикации, заболеваниях внутренних органов.

Характеризуется появлением при малейшем эмоциональном и физическом напряжении (или даже в покое) сердцебиения, слабости, ощущения жара или холода, потливости, головокружения, ребенок становится раздражительным, капризным. Эти симптомы более длительные и стойкие, чем при астеническом неврозе. Настроение подавленное, появляются слезливость, снижение работоспособности, обидчивость, вспыльчивость, необязательность, бурные реакции на незначительные изменения внешней среды (яркий свет, громкий разговор).

Псевдоневрологические расстройства у детей

Болевой синдром

Боль — центральное понятие в медицине. Диагностика этого состояния представляет сложности в детской практике ввиду особенностей психологии детей и представлений у них о боли. В 95% случаев рецидивирующие боли у детей имеют психогенный характер.

Ниже (табл. 4) приведена эволюция представлений детей о боли в зависимости от возраста (по P. G. McGrath, L. McAlpine, 1993 г.).

Таблица 4. Представления детей о боли

Возраст	Представления о боли
0—3 месяца	Боль не осознает, возможно, запоминает, ответ на боль рефлекторный
3—6 месяцев	Ответ на боль сопровождается реакциями неудовольствия и раздражения

6—18 месяцев	Развитие боязни боли, представления о локализации боли, появление сл обозначающих боль
18—24 месяца	Использование понятия «ранить», возникновение бессознательной «копирующ стратегии поведения при боли
24—36 месяцев	Развитие описания боли и соотнесения ее с внешними вызывающими б причинами
3—5 лет	Возникновение основных показателей интенсивности боли, более подробное описание, использование эмоциональных характеристик боли («беспокоящ «безумная»)
5—7 лет	Возникновение дифференцированных уровней в оценке боли, использова сознательной «копирующей» стратегии поведения при боли
7—10 лет	Возможность объяснить причину при боли
Старше 11 лет	Возможность оценить боль

Так как боль представляет собой психосенсорный феномен, то значение психологической диагностики особенно велико.

Головная боль

Головная боль — симптом многочисленных заболеваний.

I группа — головные боли органического характера: травма черепа, воспалительные заболевания (менингиты, энцефалиты, полиомиелиты), геморрагии, опухоли.

II группа — головные боли органического характера, не связанные с непосредственным поражением головного мозга (тонзиллит, пневмония, ОРВИ, синуситы, отиты, патология органов зрения).

III группа — головные боли функционального характера (при стрессе, сосудистой дистонии, вазомоторная головная боль, мышечные головные боли, мигрень).

Головная боль вазомоторного происхождения у старших детей появляется после умственного или физического напряжения, волнения, перемены погоды. Носит тупой характер, иногда пульсирующая, диффузная, без типичной локализации. Длительность — от нескольких часов до нескольких дней или недель. У детей младшего возраста вазомоторная головная боль менее выражена, но носит более генерализованный характер. Ей предшествуют тошнота, рвота, фотофобия (светобоязнь), бледность кожи, потливость, отек век, изменения настроения.

Мышечная головная боль возникает вследствие сокращения мышц. Носит рецидивирующий характер. Начинается с болей в мышцах шеи, плеч, затылке, далее распространяется к лобной области — голова «стянута бинтом». Продолжительность таких болей — от нескольких дней до нескольких недель. Иногда сопровождаются тошнотой, рвотой, головокружением. Мигрень также встречается в детском возрасте.

Этиология головной боли

Выделяют следующие этиологические факторы возникновения мигрени:

- наследственные;
- эндокринные (у девочек-подростков до, во время или после менструации — «менструальная мигрень»);
- мигрень, связанная с эпилепсией;
- провоцирующим фактором в развитии мигрени может быть аллергия.

Клиника характеризуется наличием приступообразных головных болей, чаще односторонних, со светлыми промежутками, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Головная боль органического происхождения всегда появляется в раннем периоде

развития органической патологии, возникает по утрам, часто сочетается с рвотой, не купируется анальгетиками. При инфекционном поражении головная боль интенсивная диффузная, постоянная, может сопровождаться тошнотой, рвотой, судорогами.

Посттравматическая головная боль возникает непосредственно после травмы, сопровождается головокружением, повышенной чувствительностью к шуму, нарушением сна. Характер и локализация такой боли зависят от вида и локализации травмы. Головная боль при синуситах появляется утром, днем уменьшается; при патологии органа зрения возникает после нескольких часов занятий.

Диагностика

Учитывают клиническую картину. Из клинико-инструментальных методов исследования используют рентгенографию черепа и придаточных пазух, исследование глазного дна, остроты зрения, ЭЭГ, РЭГ, компьютерную томографию головного мозга.

Дискинезии

Дискинезия — нарушение двигательной функции пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря. Дети с дискинезиями отличаются следующими психологическими чертами:

- повышенной тревожностью;
- повышенной агрессивностью, направленной у одних вовне, у других — на себя;
- истероидно-демонстративными чертами.

Моторные нарушения — один из важнейших способов выражения эмоций (П. К. Анохин); усугубляют нарушения двигательной функции эмоциональные и психические переживания. Дискинезии клинически проявляются болевым синдромом в проекции органа, диспепсией (тошнота, рвота, отрыжка — при дискинезиях пищевода, желудка; при дискинезии желчевыводящих путей — отрыжка горьким, рвота желчью; при дискинезии кишечника — запоры или поносы). Для дискинезии пищевода также характерна дисфагия (затруднение при проглатывании пищи, попытки разными способами протолкнуть пищу). Дифференцируют дискинезии от органических поражений желудочно-кишечного тракта (воспалительных, эрозивно-язвенных, опухолевых процессов) с помощью лабораторных и инструментальных методов исследований (рентгеноскопических, эндоскопических и т. д.).

Психосоматические расстройства деятельности сердечно-сосудистой системы и псевдоревматические расстройства

К психосоматическим расстройствам сердечно-сосудистой системы относятся:

- кардиалгии (боль в области сердца);
- аритмии (нарушения сердечного ритма);
- функциональные заболевания сердца;
- ишемическая болезнь сердца;
- кардиофобия.

В детском возрасте в основном встречаются функциональные заболевания сердца, аритмии, кардиалгии, кардиофобии.

Различные страхи, головная боль, ярость, ссоры и конфликты в детском коллективе влияют на сердечную деятельность, которая, в свою очередь, является эквивалентом душевной и духовной активности и установок. Из-за воздействия внешнего фактора сердечная деятельность не реализуется, возникает моторная реакция и сохраняется возбуждение в ожидании выполнения действия. В другом случае вытесненная из сознания установка на действие приводит к напряжению в системе кровообращения. При страхе,

опасности возникает ощущение, как будто сердце начинает стучать в висках, в горле. При этом происходит выброс адреналина, вызывающий спазм (сужение) сосудов, учащаются сердечные сокращения, что приводит к возникновению кардиалгии, чувства беспокойства.

Аритмии

Аритмия — нарушение ритма работы сердца в результате патологии формирования возбуждения или его проведения.

Аритмии могут встречаться и у здоровых детей.

К психосоматическим аритмиям относят нарушения формирования возбуждения (тахикардия, экстрасистолы). Тахикардия — частое проявление психовегетативных нарушений. Чаще всего приступы провоцируются различными ситуациями и конфликтами (смерть родителей, бабушки, дедушки, нападение собаки). Возникают у детей, склонных к сдерживанию своих чувств, склонных их подавлять, защищающих свой эмоциональный мир. Тахикардия и экстрасистолы, органически обусловленные, усиливаются при эмоциональных ситуациях и приводят к повышенной мнительности и ипохондрии.

Кардиофобия

Кардиофобия — это страх остановки или заболеваний сердца.

Часто возникает у детей с невротическим развитием личности. Такие дети фиксируют страх на сердце вследствие соматически смещенного конфликта между побуждениями к разрыву и защитой от невыносимой ситуации.

Приступы кардиофобии протекают с беспокойством, напряжением, после чего наступает тахикардия, повышается артериальное давление, появляются глубокое и частое дыхание, обильное потоотделение. Продолжительность приступа — от 5 мин. до 1 ч., сознание больного, что очень важно, не нарушается. Но субъективно больной опасается остановки сердца: Таким образом, имеет место порочный круг: страх — выброс адреналина — учащенное сердцебиение — страх.

Очень часто кардиофобии сопутствуют другие фобии: клаустрофобия — страх замкнутых пространств; агорафобия — боязнь открытых площадей; мостофобия — боязнь переходить мосты. Такие дети всегда держатся ближе к родителям, бабушкам и дедушкам, другим взрослым, близость которых дает им чувство покоя.

Кардиофобией часто страдают:

- дети, растущие без отца;
- единственные дети в семье;
- младшие сыновья, которые очень привязаны к матери.

Изнеженность и привязанность предрасполагают к неврозу. Привыкание не подготавливает человека к трудностям жизни. Особенно опасна привязанность или чередование привыкания и резкого его прерывания. Имеют значение ситуации разлуки и чувства одиночества, которые могут привести впоследствии к враждебности и страху.

Дети, страдающие кардиофобией, часто:

- щадят себя, уходят от трудностей;
- несамостоятельны;
- стараются избежать физических упражнений.

Дифференциальный диагноз проводится с органическими заболеваниями сердца (врожденными пороками), пролапсом митрального клапана — малой аномалией сердца (в связи с внедрением в диагностику эхокардиографии часто встречающаяся в настоящее время патология может стать причиной возникновения кардиофобии).

Псевдоревматические расстройства

Е. Данбар и его последователи исследовали особенности личности психосоматических больных, в результате чего была описана, помимо «язвенной» и «коронарной», так называемая «артритическая» личность.

Неразрешимый конфликт мотивов, неустраненный стресс порождают отказ от поискового поведения, что и создает предпосылку для развития психосоматических реакций.

«Артритическая» личность характеризуется:

- неуравновешенностью и отсутствием полюсов мягкости и жесткости;
- стремлением к господству и в то же время — к самопожертвованию;
- сдерживанием чувств;
- сверхсовестливостью, обязательностью, уступчивостью, склонностью подавлять агрессию и вражду (злобу и ярость);
- сверхнравственным поведением и склонностью к депрессиям;
- выраженной потребностью в физической активности до заболевания.

Псевдоревматические расстройства (ПРР) проявляются более или менее выраженным суставным синдромом (болями в суставах, чаще крупных: коленных, локтевых, голеностопных, тазобедренных; хрустом в них при движении и пр.). В отличие от ревматизма, при ПРР отсутствуют признаки острого воспаления, температура тела нормальная, отсутствуют воспалительные изменения в других органах и анализах крови. Длительно существующее хроническое системное заболевание суставов, такое, например, как ревматоидный артрит, изменяет развитие личности.

Л. В. Яковлева, сотрудница Башкирского государственного медицинского университета, обследовала детей с ревматоидным артритом с использованием различных психологических опросников и установила, что больные дети:

- флегматичны;
- недоверчивы;
- эмоционально уравновешенны, сдержанны;
- благоразумны;
- рассудительны;
- осторожны;
- чувствительны;
- более зависимы от других;
- их отличает повышенный самоконтроль;
- более приспособляемы к условиям окружающей среды.

По сравнению со здоровыми детьми они:

- более замкнуты и менее общительны;
- неторопливы;
- спокойны;
- исполнительны;
- менее склонны к риску (как мальчики, так и девочки).

Длительное течение заболевания делает детей более:

- практичными;
- реалистичными;
- более полагающимися на себя;
- не обращающими внимания на физические недостатки.

Это все свидетельствует о процессе психической адаптации к своей болезни.

Психосоматические расстройства дыхательной и мочевыводящей систем

Одышка

Функция дыхания — это снабжение организма кислородом, выделение углекислого газа, поддержание гомеостаза (постоянства внутренней среды организма). Любая эмоция — страх, гнев, ярость, волнение, радость — приводит к учащению дыхания. Ужас, внезапное потрясение могут вызвать кратковременную остановку дыхания. Приятная ситуация, уравновешенное настроение обеспечивают спокойное дыхание. Вздох иногда может указать на состояние человека: вздох при вдохе — «горестный», при выдохе — «облегченный», как при снятии тяжести (E. Straus, 1954 г.).

Заболевание, при котором кардинальным симптомом является одышка, — это бронхиальная астма — типичное психосоматическое расстройство.

«Астматическая» личность характеризуется:

- скрытым желанием нежности, любви, поддержки при всей видимости агрессии;
- повышенной чувствительностью к запахам;
- повышенной реакцией на непорядочное поведение окружающих;
- стремлением к чистоте во всем (в поведении, помыслах, быту).

Энурез

Энурез — это непроизвольное мочеиспускание, как во время ночного, так и дневного сна. Ночной энурез представляет собой сложный синдром, включающий в себя непроизвольное мочеиспускание во сне, нарушение процессов сна, изменение двигательной активности днем, нарушения поведения, неадекватное отношение к своему дефекту, терапевтическую резистентность к самопроизвольному излечению.

В развитии нормального мочеиспускания у детей выделяют несколько периодов:

- новорожденные мочатся автоматически;
- между 1-м и 2-м годами жизни появляется чувство наполненного мочевого пузыря;
- к 3-му году развивается способность удерживать мочу в течение короткого времени, когда мочевой пузырь полон или почти полон;
- к 4—5-и годам дети начинают мочеиспускание при полном мочевом пузыре;
- в 6—6,5 лет ребенок может мочиться при любой степени наполнения мочевого пузыря.

Причины энуреза

Различают первичный и вторичный энурез: первичный проявляется со дня рождения, вторичный возникает после некоторого периода, когда ребенок не мочился в постели. Причина первичного энуреза — задержка развития в сочетании с психосоциальными факторами; вторичный развивается за счет психосоциальных причин, к которым относят:

- дефекты воспитания;
- неблагоприятные бытовые условия;
- воспитание ребенка вне семьи;
- различные психические травмы.

Психической травмой могут являться:

- контрольная в школе;
- ссора с родителями или друзьями;
- перемены в жизни: первое расставание с родителями, например при поступлении в детский сад, школу, переезд, разлука с близкими людьми (например, в связи с разводом родителей).

Важно, что недержание мочи представляет для ребенка проблему, психически его подавляющую; проблему, которая при неправильном уходе может обостриться.

Ребенок страдает и стыдится этого, может скрывать это от родителей.

Он боится поехать в лагерь, пойти в поход, опасаясь, что там с ним случится «неприятность» и другие дети будут над ним смеяться.

Это замкнутый круг, когда заболевание, ухудшая психическое состояние ребенка, в результате этого все более обостряется.

Среди нарушений сна у больных ночным энурезом необходимо выделить нарушения процесса засыпания, глубокий («мертвый») сон, вздрагивания, ночные страхи, сноговорения.

Виды энуреза

Если рассматривать ночной энурез как психоневротическую проблему, то можно выделить следующие варианты:

- астеноневротический вариант возникает у эмоционально лабильных, легко астенизируемых детей после психотравмы в период возрастных кризов (3 года, 7 лет);
- истероидный вариант отмечается у грацильных, темпераментных, артистичных девочек;
- реактивный вариант представляет собой форму невротического энуреза, когда случайный эпизод энуреза вызывает у ребенка тяжелую реакцию с фиксацией как на состоянии энуреза, так и на последующих переживаниях.

Энурез при астеническом неврозе и неврозе навязчивых состояний характеризуется следующими клиническими особенностями:

- регистрируется редко, непостоянно и нерегулярно;
- бывает чаще ночью, реже наблюдается днем;
- появляется после «сухого» периода;
- в спокойной обстановке проходит;
- дети переживают его, огорчаются из-за своего состояния;
- сон бывает чаще поверхностным (много сновидений, часто кошмарных).

Генетически обусловленный энурез (патология центральной нервной системы, аномалии мочевыделительной системы, приводящие к энурезу, снижение секреции или активности ночью гипофизарного гормона вазопрессина): при данном виде энуреза у ребенка, помимо недержания мочи, также имеет место никтурия (преобладание ночного энуреза над дневным).

Энурез при неврозоподобных состояниях характеризуется следующими клиническими особенностями:

- энурез регулярный, почти каждую ночь;
- эпизоды недержания мочи повторяются до нескольких раз за ночь;
- ребенок не просыпается;
- эпизоды энуреза учащаются при утомлении;
- ребенок «не переживает», не огорчается;
- энурезу сопутствуют такие симптомы, как головная боль, головокружение, утомляемость;
- сон глубокий (ребенок не видит и не помнит снов; будучи мокрым, не просыпается);
- при объективном исследовании часто выявляется нейрогенный мочевой пузырь.

Нейрогенный мочевой пузырь — дисфункциональное расстройство (гипер- или гипорефлекторного типа), проявляющееся дизурией (расстройством мочеиспускания): мочеиспускание частыми и малыми порциями, нередко наблюдаются дневное недержание мочи (гиперрефлекторный мочевой пузырь), парадоксальная ишурия (моча отходит каплями), редкие мочеиспускания — гипорефлекторный мочевой пузырь.

Диагностика энуреза

При энурезе следует провести комплексное плановое клиническое и инструментальное обследование:

- общий анализ мочи (троекратно);
- накопительные пробы (анализ мочи, по Нечипоренко, Аддис—Каковскому);
- бактериологический анализ мочи (для исключения микробного воспаления в мочевыделительной системе);
- исследование спонтанного ритма диуреза;
- функциональные пробы (пробы Зимницкого, Реберга);
- УЗИ, экскреторная урография, микционная цистоуретрография, цистоскопия для исключения аномалий развития;
- неврологическое исследование — осмотр невропатологом, РЭП, ЭХО-ЭС, ЭЭГ, психологическое тестирование.

По мнению W. Franzak (1969 г.), наиболее ценными диагностическими методами исследования больных с энурезом являются микционная цистоуретрография и психологическое тестирование.

Психосоматические расстройства пищеварительной системы

Расстройства аппетита

Расстройства аппетита распространены в психосоматике, особенно в подростковом возрасте.

Расстройства аппетита включают:

- анорексию;
- булимию;
- ожирение.

Нервная анорексия

Анорексия — болезненное состояние, проявляющееся в отказе от приема пищи. Встречается в подростковом периоде, в основном у девочек, связано с желанием похудеть, стать изящной. У истоков этого нарушения находится подростковый конфликт относительно своей внешности.

Личностные характеристики этой патологии связаны с особенностью полового созревания таких девочек: они не готовы к своей зрелости — тяжело переживают физическое созревание (начало менструаций и рост молочных желез), считают его чуждым для себя, что приводит, в свою очередь, к стремлению вести аскетический образ жизни. Такие девочки весьма ранимы.

Реальные изменения форм тела, типичные для пубертата, совпадают с возникновением недовольства собственной внешностью: подросткам не нравится либо их «поправившаяся фигура» в целом, либо отдельные ее части: «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Представления такого рода могут сочетаться с наличием идей о других мнимых или чрезвычайно переоцениваемых недостатках внешности (форма носа, ушей, губ). Определяющим моментом в формировании таких идей чаще всего является несоответствие больного, по его собственному мнению, некоторому «идеалу» — литературному герою или человеку из ближайшего окружения, что сочетается со стремлением подражать ему во всем, прежде всего — быть на него похожим.

Второй этап нервной анорексии начинается с активного стремления к коррекции внешности и завершается снижением массы тела на 20—50% исходной, сопровождающимся развитием соматических и нейроэндокринных нарушений, в

частности прекращением менструаций.

Снижения массы тела пытаются достичь строгой диетой, активными занятиями спортом, искусственно вызываемой рвотой, промыванием желудка и т. д.

К искусственной рвоте и промыванию желудка больные прибегают после того, как, не удержавшись, сразу съедают много пищи. Характерно, что в таком случае комната заставляется пакетами и банками с рвотными массами с целью их сравнения с объемом съеденной пищи.

Искусственно вызываемая рвота неразрывно связана с приступами булимии (обжорства), которая представляет собой непреодолимый голод, отсутствие чувства насыщения; при этом подростки могут поглощать очень большое количество пищи, нередко даже малосъедобной. Отличительной особенностью таких больных является стремление «закармливать» близких, прежде всего младших братьев и сестер.

Ранее уже были описаны активные способы похудания. К пассивным же способам относят злоупотребление кофе, курение и использование мочегонных средств.

Третий этап нервной анорексии характеризуется резким снижением массы тела и связанными с этим осложнениями — соматическими и эндокринными: наступают аменорея (отсутствие менструаций), дефицитарные состояния (дефицит основной пищи, элементов, белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов); анемия, выпадение волос, ломка ногтей, разрушение зубов, кожные заболевания, присоединение вторичной инфекции из-за наличия иммунодефицита. Развиваются психические нарушения, включающие боязнь поправиться, что и приводит к дальнейшему похуданию. Отмечаются навязчивые явления: навязчивый страх перед едой, ожидание появления чувства сильного голода, подсчет калорий, содержащихся в съеденной пище. На более поздних этапах к указанным психическим нарушениям присоединяются эгоизм и чрезмерная требовательность: больные подростки становятся «тиранами» в собственных семьях.

Таким образом, ведущее место в клинической картине занимают астенический синдром, адинамия (значительное снижение физической активности) и истощение, утрата критического отношения к своему состоянию. Будучи истощенными, больные по-прежнему упорно отказываются от еды.

Нарастание кахексии (истощение) приводит к водно-электролитным сдвигам, что может стать причиной летального исхода и требует немедленной госпитализации.

Четвертый этап — выведение из состояния кахексии.

Булимия

Булимия — «бычий, волчий аппетит». Это повторяющиеся приступы (эпизоды) быстрого поглощения обильного количества пищи (приступы обжорства), чаще встречающиеся у девочек-подростков.

Особенности этих приступов:

- осуществляются в полном одиночестве (при свидетелях действия прерываются и стыдливо скрываются);
- к поглощению пищи больные готовятся, совершая большие закупки или даже кражи;
- мысли о еде занимают большое место в жизни этих больных;
- семейные, межличностные и профессиональные проблемы отходят на второй план.

Очень часто булимия переходит в хроническую форму. От анорексии (при которой также могут иметь место приступы обжорства) булимию отличают приступы именно «бычьего, волчьего аппетита»; больные булимией, как правило, имеют нормальную или избыточную массу тела.

Приступ булимии заключается в обильном и быстром поглощении высококалорийной, сытной пищи (масло, колбаса, сладости, изделия из муки), а вслед за

этим следует акт рвоты, который девочки-подростки вызывают у себя сами.

Структура личности человека, страдающего булимией, характеризуется следующими чертами:

- склонностью к драматизации;
- экстравертированностью;
- склонностью к вредным привычкам, привыканию (алкоголь, никотин, наркотики).

Факторы, провоцирующие булимию:

- скука, чувство внутренней пустоты;
- повышенные требования к современным девочкам (девушкам) — они должны повышать свою квалификацию, профессионально самовыражаться, прилежно учиться;
- завышенные требования к внешности в связи с возросшим количеством конкурсов красоты и журналов мод.
- завышенные критерии и требования к современному идеалу женской красоты;
- стрессовые ситуации: разлука с родителями, их развод, ссора с друзьями, неразделенная любовь, проблемы в школе (школьная неуспеваемость, большая учебная нагрузка, конфликты с учителями).

Прием пищи, по мнению пациенток, утешает, скрашивает одиночество, улучшает настроение, затушевывает горечь, связанную со стрессовыми ситуациями.

Ожирение

Структура личности детей и подростков с ожирением характеризуется:

- привязанностью (такие дети тяжело переносят разлуку, зависимы от родителей, особенно от матери);
- импульсивностью.

Провоцирующие факторы:

- утрата объекта любви: уход из родительского дома, смерть или развод родителей;
- дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка;
- отрицательные эмоции: страх, гнев, чувство одиночества;
- опасности и ожидания: война, подготовка к экзаменам.

Тошнота и рвота

Тошнота и рвота — проявления диспепсии. Причинами диспепсии являются нарушение моторики желудка, дуодено-гастральный рефлюкс (заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок), замедление выведения пищи из желудка. Течение хроническое, клиника включает жалобы на чувство давления в эпигастральной области, тошноту и рвоту после употребления любых продуктов, но может быть непереносимость овощей, жиров.

Структура личности включает:

- пассивность;
- зависимость, особенно от матери;
- склонность к депрессиям.

Провоцирующие факторы:

- стрессовые ситуации, конфликты;
- умственные и психические перегрузки.

Диагностика

С целью исключения органической патологии желудка и двенадцатиперстной кишки проводится ФГДС, при патологии поджелудочной железы, желчного пузыря и печени — УЗИ. Проводятся лабораторные исследования: анализ крови (общий и

биохимический), копрограмма, оценка экзокринной (ферментативной, переваривающей функции) поджелудочной железы.

Синдром раздраженного кишечника (СРК)

СРК является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, основой которого является взаимодействие двух основных механизмов: психосоциальной адаптации и сенсомоторной дисфункции, т. е. имеют место нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности толстой кишки. В 1988 г. в Риме Международная группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта впервые утвердила термин «синдром раздраженного кишечника».

Выделяют 3 варианта течения СРК:

- с преобладанием болей в животе и метеоризмом;
- с преобладанием диареи;
- с преобладанием запоров.

Стрессовые ситуации изменяют моторику сигмовидной кишки, снижают всасывание воды, ионов калия, хлора, натрия. Стресс превращает всасывающую функцию в выделительную. Дети с дискинезиями кишечника отличаются следующими психологическими чертами:

- преобладают симптомы депрессии и тревоги (тоска, уныние, заторможенность, лабильность настроения);
- истерия;
- фобии-страхи (дефакофобия — страх непроизвольного отхождения газов и кала, танатофобия — страх смерти).

Кроме того, таких детей отличает:

I. При склонностям к запорам:

- страх потери;
- власть, стремление к лидерству, господство (над мамой).

II. При склонностям к поносам («ничего не задерживается»):

- инфантильность;
- стремление дарить и делать добро.

Дифференциальный диагноз проводится: с органическими заболеваниями кишечника (болезнь Крона, хронический неспецифический язвенный колит, опухоли), которым сопутствует потеря массы тела, кровь в кале, изменения со стороны других органов и в анализах крови (анемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз) при инструментальных исследованиях; с инфекционными заболеваниями (кишечными инфекциями, гельминтозами (глистными инвазиями), инвазиями простейшими (амебиазом, лямблиозом).

Психосоматические расстройства в дерматологии

Кожа выполняет множество функций: защитную, терморегулирующую, витаминобразующую; кроме того, она выступает в качестве рецепторного поля, отражающего состояние желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем.

Кожа выполняет множество психологических функций:

- является границей между человеком и окружающей средой, между «я» и «ты»;
- является органом контакта, мостом к окружающей среде;
- является органом выражения эмоций: волнений, опасений, страха, радости, стыда;
- является органом своеобразной эстетической функции;
- является одним из органов чувств (ощущение тепла, холода, боли, жжения и т.

д.).

Кожа выражает эмоции: «краснеет» от стыда, «бледнеет» при некоторых других переживаниях, становится «гусиной» при испуге и холоде. Человека, стойко воспринимающего предвзятости судьбы, спокойного и равнодушного, нередко называют «толстокожим». Очень часто пусковым механизмом в развитии или обострении дерматитов являются стрессовые ситуации.

Психосоматическая патология кожи

Психосоматическими по своей природе могут быть: атопический дерматит (яркое проявление пищевой аллергии, протекает с зудом, разнообразными кожными высыпаниями, увеличением лимфоузлов); периоральный дерматит, который характеризуется воспалением периоральной области (вокруг рта) с покраснением, сыпью, шелушением и зудом; алопеция (локальное или тотальное облысение); крапивница — острая аллергическая реакция, проявляющаяся сильным зудом и появлением волдырей различного размера; ангионевротический отек (отек Квинке) — острая аллергическая реакция, проявляющаяся отеком лица, кистей и стоп, в тяжелых случаях — вплоть до диффузного отека (анасарка). В структуре личности имеют значение эмоциональная привязанность к другим людям, чрезмерное ожидание, переживания, стремление показать и представить себя в женском облике, что можно объединить в одно понятие — «эксгибиционизм». Причина крапивницы и отека Квинке — аллергические факторы (пищевые, бытовые, животные, растительные, лекарственные и пр.). Причины периорального дерматита — бактериальная и грибковая инфекция, косметические средства. В структуре личности преобладают деловитость, недоверие к лицам противоположного пола.

Задержка физического и речевого развития (ЗФР и ЗРР)

Причины: хронический стресс, разлука с родителями, отказ от приема пищи или крайняя привередливость в еде, обусловленная особенностями взаимоотношений с родителями (у одних — заброшенность, у других — гиперопека). Для психогенной ЗФР характерным признаком является то, что отставание в весе предшествует отставанию в росте. После ликвидации причинных факторов, проведения терапевтических мероприятий отмечается увеличение массы тела; ребенок становится более коммуникабельным.

Проблемы поведения и половые девиации (отклонения)

Особенности структуры личности — акцентуации характера — возникают под влиянием врожденных факторов и в результате неправильного воспитания и могут привести к отклонениям в поведении и половым девиациям.

Нарушения поведения у детей и подростков

Виды акцентуаций характера

Выделяют следующие акцентуации:

I. Неустойчивый тип — слабовольные подростки, плывущие по течению. С раннего школьного возраста заметно, что у них нет особого желания учиться, зато сильна тяга к развлечениям. Их интересы, отношения к людям, знания — все случайно и поверхностно. Живут они настоящим, без планов на будущее. Всегда готовы следовать за

сильным, все дурное словно липнет к ним. Легко дают клятвы и обещания и так же легко их нарушают. Нередко такие подростки рано начинают половую жизнь, правда, не из-за «роковой страсти» или «безумного увлечения», а потому, что бездумно следуют за лидером. За компанию они начинают выпивать, курить, колоться, хотя и не имеют тяги к подобным развлечениям.

По мнению психологов, тут бесполезно читать нравоучения, нужна твердая власть, жесткий контроль, требовательность. Важно беречь их от дурного влияния, приучать к труду. Задача не из легких, но непрестанные усилия в благоприятных случаях позволяют достичь желаемого.

II. Конформный тип, отличающийся повышенной внушаемостью. Такой подросток способен трудиться, быть дисциплинированным, может увлечься каким-либо предметом или делом, но не сам по себе, а лишь следуя за лидером или родителями. Если его поведет за собой отрицательный лидер, тогда не оберешься беды. Поэтому очень важно, чтобы родители, если они еще не потеряли авторитета и влияния, используя все возможные формы воздействия, а не только силовое давление, помогли бы идти ему прямой дорогой, не отступая и не сворачивая в сторону. Позднее им воздастся сторицей — юноша (девушка) станет жить своим умом.

III. Гипертимный тип сверхобщителен и сверхактивен. Он — лидер, и это для него очень важно. Эти ребята бесстрашны, веселы, всегда в центре внимания, легко знакомятся. Влюбляются и так же легко расстаются с предметом своих увлечений и привязанностей. В компании и за компанию они пойдут на все, вплоть до правонарушений. Их изобретательность, ум, энергия зачастую растрачиваются по пустякам, на забаву, проказы, а порой и на более серьезные и опасные шалости.

Эти ребята эротичны и, пользуясь успехом у сверстников, зачастую ведут беспорядочную половую жизнь, начиная ее очень рано.

С гипертимными подростками поступать жестко и прямолинейно нельзя. Нельзя давить на них, особенно в присутствии сверстников, проявлять недоверие к их словам и поступкам, жестко контролировать. Важно заинтересовать их каким-либо увлекательным и ярким занятием, интересным, трудным поручением и время от времени подстегивать слабеющий интерес.

IV. Эксплозивная акцентуация очень своеобразна. Этот тип ребят знаком педагогам. Они рано созревают физически, сильны, упрямы, напористы и к цели идут напролом. Однако порой проявляют почти звериную хитрость: затаившись, долго и терпеливо ждут случая, когда могут достичь желаемого. Они пунктуальны, практичны, злопамятны, не прощают измены и наказывают за нее довольно жестоко. Злость такие ребята могут сорвать на первом попавшемся, однако попадает, как правило, слабым. Такие ребята занимаются спортом, предпочитают бокс, борьбу, карате, избегают всего, что вредит здоровью или может повлечь за собой неприятности или наказание.

При правильном воспитании такие типы могут многого добиться, стать уважаемыми людьми, заботливыми семьянинами. Взрослые должны подчеркнуто справедливо относиться к поступкам такого подростка — одобрять хорошие, твердо и решительно отвергать плохие. Важно как можно раньше поставить его в известность о юридических последствиях нежелательного поведения, о неблагоприятных воздействиях на организм вредных привычек, ранней половой жизни. Это как раз тот случай, когда подобная информация может определить судьбу человека.

V. Гиперэротичный тип — повышенно сексуальный. Такие подростки волнуют родителей и педагогов своей тягой, интересом к половым взаимоотношениям. Как правило, этот тип формируется в результате фиксации ребят на пробуждающемся половом влечении. Они много говорят, фантазируют на эту тему, интересуются «порнухой» и приносят в школу соответствующие открытки, рукописи. Подчас они нагнетают в классе эротические настроения, интерес к сексу. Тут важно увлечь ребят какой-нибудь идеей, найти интерес, способный вытеснить сексуальные устремления. И

одновременно где иронией, где строгим выговором, где серьезной отповедью остужать пыл юных циников. Тем более что в основном они ребята как ребята — учатся нормально, достаточно активны.

Проблемы поведения детей и подростков

Последствия от проблемного поведения могут варьироваться от незначительных девиаций до тяжелых или даже трагических проступков, как для самого подростка, так и для его окружения.

Проблемы поведения можно разделить на поведенческие проблемы, отказ от посещения школы, антисоциальное поведение, алкоголизм, наркоманию и токсикоманию, недостаточность внимания в сочетании с гиперактивностью.

Поведенческие проблемы

I. Проблемы, связанные с удовлетворением физиологических потребностей, — отказ от еды, нарушения сна и т. д.

II. Расстройства пищевого поведения — анорексия, нервная булимия — описаны в соответствующем разделе.

Извращенный аппетит — это неудовлетворенность эмоциональных потребностей, дефицит микронутриентов, возможно, психическое заболевание. Возникает у детей 1,5—5 лет.

III. Агрессивно-резистентное поведение (вспышки гнева, агрессивность по отношению к сверстникам).

IV. Проблемы, связанные с необходимостью отрыва ребенка от привычного окружения (разлука или потеря родителей, страхи, застенчивость).

V. Навязчивые страхи (боязнь животных, темноты, смерти, агорафобия — боязнь открытого пространства, клаустрофобия — боязнь замкнутого пространства). Устойчивая необъяснимая боязнь предметов (оксифобия — боязнь острых предметов), явлений, видов деятельности или ситуаций.

VI. Тревожность — стойкая тревожность, длящаяся не менее 1 месяца и проявляющаяся как минимум 4 симптомами:

- необоснованное беспокойство о будущем;
- постоянные размышления о своем прошлом поведении;
- чрезмерная озабоченность своими достижениями;
- необоснованные соматические жалобы;
- потребность в утешении;
- застенчивость;
- ощущение напряжения, дрожь, беспокойство;
- вегетативные нарушения.

VII. Гиперактивность.

VIII. Вредные привычки: сосание большого пальца, обгрызание ногтей, у подростков — курение.

Отказ от посещения школы

Причины отказа от посещения школы:

- связанные с опасениями (страх покинуть родителей, чувство небезопасности, школьная фобия со специфическими страхами), чаще встречаются у детей с хорошей успеваемостью;
- второстепенные причины: равнодушие к урокам, предпочтение домашнего комфорта — чаще у неуспевающих учеников.

Антисоциальное поведение

Антисоциальное поведение — лживость, драчливость, прогулы школы, воровство и пр. Диагноз ставится при неоднократном повторении эпизодов в течение 6 месяцев.

Алкоголизм, наркомания, токсикомания

Дефект воспитания. Как правило, это дети с низкой самооценкой, чувством неполноценности, высоким уровнем агрессивности.

Стадии употребления алкоголя и наркотиков:

- экспериментальная;
- для развлечения;
- создающая проблемы (возникают изменения личности);
- развитие привыкания.

Недостаточность внимания с гиперактивностью

Симптоматика: невнимательность, гиперактивность и повышенная импульсивность в течение 6 месяцев, причем симптомы должны соответствовать уровню развития ребенка, проявляться в различных ситуациях и приводить к значительным социальным отклонениям и снижению успеваемости в школе.

Формы патологической гиперактивности:

- с преобладанием невнимательности;
- с преобладанием гиперактивно-импульсивных реакций;
- смешанная форма.

Параллельно встречаются оппозиционные расстройства (30—60%), специфические нарушения развития (20—60%) — двигательные, речение и прочие; повышенный уровень тревожности (20—30%); легкая степень слабоумия (3—10%).

Лечение психосоматических расстройств у детей

Общие принципы традиционной терапии психосоматических расстройств

Медикаментозная терапия включает:

- седативную или тонизирующую терапию. Используются препараты растительного происхождения (валерианы, пустырника, мелиссы, пассифлоры — с седативной целью; лимонника, элеутерококка — в качестве тонизирующих средств). С седативной целью также используются транквилизаторы (диазепам, элениум) в небольших дозировках;
- для улучшения обменных процессов в нервной системе, особенно в головном мозге, применяют ноотропы (фенибут, глицин);
- поскольку частым проявлением психосоматических расстройств являются дискинезии, используются нормокинетики (перистил, мотилиум);
- анальгетики, противовоспалительные препараты.

Психотерапия

Психотерапия — целенаправленный метод воздействия на больного, на его патологическое соматическое и психическое состояние.

Для лечения психосоматических расстройств используют следующие виды

психотерапии:

- психотерапевтическая беседа;
- поддерживающая психотерапия;
- динамическая психотерапия;
- психотерапия, основанная на глубинной психологии;
- психоанализ;
- аналитическая групповая психотерапия;
- семейная психотерапия;
- поведенческая психотерапия;
- гипноз;
- телесно-центрированные методики;
- суггестивные и упражняющие методики;
- стационарная психотерапия;
- группы самопомощи.

Психотерапевтическая беседа

Для налаживания контакта между врачом и больным ребенком можно использовать ряд правил.

Однократной беседы иногда бывает достаточно. Первый разговор является решающим, т. к. от него зависит, сможет ли в дальнейшем врач наладить контакт с ребенком и объяснить ему в доступной форме сущность болезни. Необходимо добиться от ребенка сведений о жалобах и своем эмоциональном состоянии. Разговор ведется не только о жалобах и настроении, но и о понимании ребенком жизненной ситуации, в которой он оказался.

Важным этапом является уточнение: остался ли конфликт и участие в нем пациента «снаружи» или он может представить его сценически.

Пациент должен самостоятельно участвовать в обсуждении, то есть быть объектом обучения. Необходимо обсуждать образ жизни пациента (особенно в случаях расстройства аппетита, болевого синдрома), т. к. трудности и душевные конфликты часто связаны с неправильным образом жизни, нарушением режима. Беседе должно уделяться достаточное количество времени. Психотерапевтическая беседа подкрепляется назначением медикаментозной терапии.

Психотерапевтические беседы показаны при острых заболеваниях, имеющих аналитически достоверные основания и психосоматическую основу. Продолжительность — от 25 до 60 мин. Целью беседы является достижение понимания пациентом того, что он сам сможет преодолеть болезнь.

Поддерживающая психотерапия

Поддерживающая психотерапия — психотерапевтическое управление. Этот метод заключается в проработке своего поведения, трудностей в реальной жизни, желательно совместно со своими родителями, родственниками, и показан пациентам со слабостью «Я», а также при наркоманиях и пограничных психозах.

Динамическая психотерапия

Заключается в связывании конфликтов с условиями жизни в прошлом и понимании собственных ошибок, позволяет поддержать свое «Я». Показана при соматизированной депрессии.

Психотерапия, основанная на глубинной психологии

Вид психотерапии, поделенный на ядро конфликтов, вначале представляющихся неодолимыми. После частичного разрешения конфликта становится возможным выход из него.

Психоанализ

Проводится в виде частых сеансов (по 3—4 ч в неделю) с использованием определенных церемоний и ритуалов: пациенту предлагается в свободной форме высказывать все, что ему приходит в голову. Врач находится позади пациента и концентрируется на его рассказе.

Внешние факторы отходят на задний план. Цель лечения: повторное переживание и регрессия детских переживаний, вскрываемых в свободных ассоциациях и сновидениях. В ходе лечения необходимо возобновление детских эмоциональных установок в отношении своих родителей.

Аналитическая групповая психотерапия (АГПТ)

Выделяют амбулаторную и стационарную АГПТ. Групповая психотерапия проводится 1—2 раза в неделю на протяжении от 1 до 3 лет с оптимальным числом участников 6—8 человек. Преимущество метода: в составе группы пациенты начинают мотивированно относиться к себе, заинтересованы в общении с другими. Групповая психотерапия дает возможность перенесения переживаний не только на психотерапевта, но и на других пациентов. Показания к АГПТ — функциональные синдромы, бронхиальная астма, нервная анорексия.

Семейная психотерапия

Семейные обстоятельства могут вызывать и поддерживать психосоматические расстройства.

При семейной психотерапии разговор ведется не только с пациентом, но и с членами его семьи. Решающим здесь является то, что целью лечения становится не отдельный человек, а система семейных отношений в целом, которую необходимо понять и изменить.

Например, при выраженной зависимости следует рекомендовать еще более тесное слияние членов семьи, в результате чего происходит обретение уверенности в собственных силах с опорой на семью.

Поведенческая психотерапия

Болезнь при этом виде психотерапии рассматривается как заученная форма поведения. Суть психотерапии, ее ядро — анализ поведения. Пациента в представлениях или в реальности (в жизни) ведут к устранению психотравмирующей ситуации. Проблемы поведения подавляются путем его игнорирования. Имеет значение самоподкрепление: пациент для достижения определенной цели поведения, т. е. подавления неправильного поведения, награждает себя положительным подкреплением (похвалой).

Такие методы самоконтроля дают чувство собственной значимости, ответственности за свое поведение, придают пациенту активность.

В последние годы в психосоматической медицине с большим успехом применяется методика создания обратной биологической связи.

С помощью обратной биологической связи пациент приучается модифицировать

соматические процессы путем непосредственных обратных предписаний в нужном ему или окружающим направлении.

Данная методика эффективна при лечении аритмий, повышенного АД, головных болей, мигрени.

Гипноз

Гипноз — лечение внушением. С помощью гипноза устраняют острую функциональную симптоматику: рвоту, диарею (понос), приступы бронхиальной астмы. При гипнозе сознание пациента суживается, полностью лишается воли и контролируется врачом.

На гипнотическое внушение опирается и аутогенная тренировка (АГТ) — один из активных методов коллективно-индивидуальной психотерапии. АГТ осуществляется через приемы самоубеждения и самовоспитания, является интеллектуальным и волевым процессом, рационально перестраивающим личность.

АГТ воспитывает у пациента самостоятельность, чувство ответственности, инициативность, независимость. Реализации своих целей АГТ достигает косвенно — за счет условных физиологических реакций, вызванных словами и представлениями, связанными с этими словами.

Вначале появляется мысль, затем слова, произнесенные шепотом или мысленно. Мысль всегда вызывает ответную реакцию — движение, действие.

Сочетание повторных самовнушений с повторными образными представлениями в избранном положении приводит через условно-рефлекторные связи нервной системы к ответственным специфическим физиологическим реакциям; в результате у человека появляется чувство спокойствия, расслабления, тепла, свободного дыхания, улучшается аппетит.

Телесно-центрированные методики

Этот метод психотерапии осуществляется через телесное самовосприятие к упражнениям по снятию напряженности, основанным на АГТ.

На первом этапе (2—3 месяца) пациента обучают переживать состояние покоя, чувства тяжести и теплоты, которые он затем в течение дня может вызывать у себя сам. Второй этап ведет к общему телесному и душевному расслаблению, духовному самопогружению. К телесно-центрированным методикам относится также функциональная разрядка, позволяющая снимать напряжение и изменять самовосприятие. Пациент должен почувствовать определенные части тела и привести их во внутреннюю связь с другими частями тела. Одновременно преодолеваются напряжение и отчуждение, а целью лечения является обретение себя через свое тело. В концентрационной двигательной терапии используется восприятие своего тела, движения и совместные с другими пациентами упражнения (вести кого-то и быть ведомым, касаться кого-то и позволять прикасаться к себе).

Последние две методики показаны при функциональных психосоматозах и соматических синдромах.

Суггестивные и упражняющие методики

Ориентированы на выполнение определенных упражнений по указаниям врача. Методики влияют на внешнее и внутреннее поведение больного, специальные формулировки, позитивные высказывания оказывают ему психическую поддержку и способствуют внутреннему равновесию. Показаны при лечении головной боли и других видов болевого синдрома.

Стационарная психотерапия

При лечении в стационаре используют методики терапии образами и концентрационную двигательную терапию.

Группы самопомощи

Группы самопомощи нацелены на общение пациентов между собой (обсуждаются связанные с их болезнью психические и социальные последствия), а также на улучшение сотрудничества с врачом; в таких группах при беседах с «товарищами по несчастью» пациенты быстрее находят решение своей проблемы, становятся более самостоятельными и зрелыми. Полезно создание групп самопомощи при таких психосоматических расстройствах, как нарушение аппетита, особенно при ожирении, алкоголизме и наркомании.

Физиотерапия, бальнеотерапия и курортотерапия

Физиотерапия (ФТ)

Физиотерапия — лечение физическими факторами. ФТ оказывает рефлекторное, местное противовоспалительное действие, улучшает функции органов, метаболизм и микроциркуляцию, используется для введения лекарственных средств (седативных, тонизирующих, анальгетических).

Общими противопоказаниями к применению физиотерапии у детей являются заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, болезни крови, эпилепсия, злокачественные новообразования.

Особенности ФТ в детском возрасте

I. Необходима психотерапевтическая подготовка ребенка (ласковое отношение, игрушки, присутствие матери). Курс электропроцедур начинается с мнимых воздействий.

II. Учитывая анатомо-физиологические особенности детей различного возраста (представлены в табл. 5), ФТ проводится в меньших дозировках, чем для взрослых.

III. Следует избегать процедур, вызывающих болевые ощущения, учитывать возможность непереносимости процедур (особенно электротерапии).

IV. Должны быть созданы условия для отдыха ребенка после процедур.

V. При проведении процедур необходимо следить за поведением и мимикой ребенка.

Таблица 5. Анатомо-физиологические особенности детского организма, имеющие значение для физиотерапии

Нервная система	Повышенная возбудимость и истощаемость центральной нервной сист легкое возникновение гепerализов, рефлексов. Лабильность вегетати нервной системы
Кожа	Большая, относительно взрослых, поверхность кожи
Обмен веществ	Интенсивный рост, требующий значительного притока энергетическ пластических материалов
Терморегуляция	Неустойчивая температура равновесия
Аллергическая реакция	Высокая чувствительность по отношению к различным аллергенам

Общие правила проведения ФТ

Противопоказаниями к проведению ФТ являются следующие сопутствующие психосоматозам заболевания: гипотрофия III ст., активный туберкулез легких, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, болезни крови, эпилепсия, злокачественные новообразования.

Для проведения физиопроцедур должны быть созданы соответствующие санитарно-гигиенические условия (температура, освещенность, проветривание) с соблюдением техники безопасности.

ФТ назначают после установления диагноза, при наличии показаний для применения физических методов лечения и отсутствии противопоказаний.

Процедуры не должны совпадать с максимумом пищеварительного процесса, поэтому их проводят не ранее чем через 1 ч после еды и заканчивают за 30 мин до еды.

Гидро- и бальнеотерапия

Гидротерапия (ГТ) — водолечение с использованием пресной воды различной температуры.

Бальнеотерапия (БТ) — лечение с использованием минеральных вод.

Водолечение известно с древних времен. Холодная вода обладает общетонизирующим и стимулирующим эффектом; теплая — противовоспалительным и нормализующим обмен веществ эффектом; горячая — потогонным и повышающим обмен веществ эффектом. Вода индифферентной температуры (34—37 °С) оказывает седативное действие.

Водолечение включает использование ванн, душей, купаний, обливаний, обтираний, укутываний, лечебных гимнастик в воде (гидрокинезотерапия) и подводного душа-массажа.

В основе действия душа лежит термическое и механическое раздражение кожи и слизистых: удары воды, стекание капель и струй. Положительное влияние оказывают образующиеся во время процедур гидроаэроионы. Души оказывают тонизирующее действие на центральную нервную систему, улучшают трофические и репаративные процессы. Души особенно показаны детям с функциональными расстройствами.

Бальнеотерапия включает наружное применение минеральных вод в виде ванн, для внутриполостных процедур и питьевое лечение.

Лечебное действие ванн складывается из влияния температурного, гидростатического, механического и химического факторов.

Углекислые ванны воздействуют на систему кровообращения, дыхания и обмен веществ.

Солевые (хлоридные, йодобромные) оказывают болеутоляющее, успокаивающее действие.

Азотные дают седативное и болеутоляющее действие.

Сероводородные ванны восстанавливают равновесие нервных процессов, системы иммунитета.

Радоновые ванны оказывают успокаивающее и болеутоляющее действие.

Курортотерапия (КТ)

Курортотерапия (КТ) — лечение посредством природных лечебных средств (благоприятным климатом, минеральными водами, лечебными грязями).

По характеру природных лечебных средств курорты делят на три группы:

- бальнеологические (с основным лечебным фактором в виде минеральных вод, применяемых в форме ванн, душей, купания, для питья, ингаляций и т. д.);
- грязевые с использованием иловых (грязь соляных озер), сапропелевых (иловая грязь пресных озер), торфяных грязей в виде аппликаций и тампонов;

- климатические с использованием целебных особенностей, обусловленных географическим положением местности, ее рельефом, растительностью и высотой над уровнем моря с лечением воздушными и солнечными ваннами, а также купанием.

Противопоказания к курортотерапии: все заболевания в фазе обострения, аномалии, требующие хирургического вмешательства, опухоли, инфекционные заболевания.

Общие принципы нетрадиционной терапии

К нетрадиционной терапии относят рефлексотерапию — лечение путем воздействия на биологически активные точки, расположенные на поверхности тела пациента.

Основа рефлексотерапии — рефлекторный принцип, в результате которого включаются физиологические защитные механизмы центральной и вегетативной нервной системы, нормализующие регуляцию органов и систем и купирующие болевой синдром.

Способы воздействия на биологически активные точки:

- иглами — иглорефлексотерапия (ИРТ);
- точечный массаж;
- магнитопунктура.

При психосоматических расстройствах воздействуют на биологически активные точки — противоболевые, седативные, тонизирующие, общеукрепляющие, точки пяти элементов — дерева, огня, земли, металла и воды.

Терапевтические подходы при отдельных видах психосоматических расстройств

Расстройства ритма сна и бодрствования

I. Стереотипии и пароксизмы:

- медикаментозная терапия — нейролептики на ночь;
- психотерапия — музыкотерапия, гипнотерапия, психоанализ;
- фитотерапия — гальванический воротник, общий электрофорез с кальцием и бромом;
- гидро- и бальнеотерапия — ванны кислородные и хвойные;
- курортотерапия — курорты Рижского взморья;
- нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии — Хэ-гу, Вэнь-яю; использование магнитопунктурного аппликатора (браслета) на запястье.

II. Цефалгия и ночная мигрень:

- медикаментозная терапия — диакарб по 30—80 мг/кг в сутки, бета-адреноблокаторы в межприступном периоде, препараты спорыньи во время приступа;
- нетрадиционная терапия: можно использовать точки анальгезии (см. раздел «Болевой синдром и головная боль»).

III. Ночные страхи:

- медикаментозная терапия — транквилизаторы;
- нетрадиционная терапия: иглорефлексотерапия: Шоу-у-ли, Шэнь-мэнь, Ян-си (огонь), Ли-дуй, Вэнь-ию.

IV. Апноэ во сне:

- медикаментозная терапия: ксантины (теофиллины), противосудорожные средства;
- нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии: Хоу-си, Шао-шац, Цзюй-чу.

Астения

Медикаментозная терапия:

- I этап — транквилизаторы (элениум, седуксен, феназепам);

- II этап — стимулирующие средства: а) биостимуляторы растительного и животного происхождения (лимонник китайский, элеутерококк, пантокрин, пантогам); б) ноотропы.

Рационально-контактная психотерапия.

Фитотерапия: электросон (импульсный ток с частотой до 100 Гц), электрофорез на воротниковую зону с 5%-ым раствором хлористого кальция или 1%-ым раствором кофеина.

Гидро- и бальнеотерапия:

- I этап — тепловые ванны (20 °С) в течение двух недель;

- II этап — углекислые ванны;

- души: циркулярный, игольчатый, контрастный, струевой, Шарко (у старших детей), подводный душ-массаж;

- ванны: кислородные, жемчужные, солево-хвойные, хлоридо-натриевые, углекислые ванны с растиранием и обливанием;

- курортотерапия: Дарасун, Кисловодск, Пятигорск, Анапа, озеро Широ, Старая Русса, Феодосия;

- нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии: Вэнь-лю, Хэ-гу, Шоу-сань-ли, Цюй-чи, Цзу-сань-ли.

Болевой синдром

Медикаментозная терапия:

I. Неопиоидные анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства: ибупрофен по 4—10 мг/кг через 6 ч внутрь, индометацин по 0,5—2 мг/кг через 8—12 ч, диклофенак (вольтарен) по 0,3—0,5 мг/кг в сутки, пиронсикан 0,3—0,5 мг/кг через 8 ч.

II. Опиоидные анальгетики — морфин, промедол.

III. Антидепрессанты — амитриптилин по 0,1—0,2 мг/кг (разовая доза).

Психотерапия: гипноз, прогрессирующая миорелаксация, игровые виды психотерапии.

Фитотерапия: электрофорез с анальгетиками, анестетиками, спазмолитиками (0,1%-ый раствор папаверина, 5%-ый раствор магния сульфата, 5%-ый раствор новокаина).

Гидро- и бальнеотерапия: ванны с водой индифферентной температуры (34—37 °С), теплой водой.

Нетрадиционная терапия: иглорефлексотерапия приносит наибольший эффект. Используют точки Кун-Цзуй (противоболевая точка), Ле-цюе, Тай-юань (земля), Юй-цзи (огонь), Цзин-цюй (металл), Шао-шан (дерево), Сань-цзянь (дерево), Хэ-гу, Вэнь-лю (противоболевая точка), Бин-фэн, Да-чжун, Си-мэнь, Инь-си.

Головная боль

Медикаментозная терапия:

I. Анальгетики (симптоматическая терапия).

II. При повышении внутричерепного давления используют дегидратационные средства: диакарб по схеме — 5 мг/кг 1 раз в день 3 дня в неделю: первая неделя — по 5 мг/кг 1 раз в день; вторая неделя — по 5 мг/кг 2 раза в неделю; третья неделя — 5 мг/кг 1 раз в неделю.

III. Транквилизаторы.

IV. При мигрени — салицилаты + кофеин (в возрасте до трех лет салицилаты не используют).

V. Препараты спорыньи: эрготамин или эрготамин + кофеин.

Психотерапия: правильный режим дня и внушение уверенности в выздоровление.

Нетрадиционная терапия: при головной боли, помимо иглорефлексотерапии, можно воспользоваться аурикулярной терапией (использование магнитных клипсов) в точках 7 (шея), 49 (лоб), 47 и 48 (точки анальгезии).

При болевом синдроме можно использовать также педопунктуру — лечение с помощью специальных стелек.

Дискинезия

При любых формах дискинезий имеет значение диета. Используется диета № 5: механически и химически щадящая пища (готовится на пару, в отварном виде или в виде пюре). Исключаются блюда с экстрактивными веществами — пряности, маринады, копчености, крепкие грибные, рыбные, мясные бульоны, жирные блюда, холодные и газированные напитки.

Гипертоническая форма:

- покой, сухое тепло на правое подреберье (для снятия спазма сфинктера желчного пузыря);
- после снятия спазма и боли — тюбики, по Демьянову;
- воды средней минерализации (сульфатно-натриевые и магниевые) — 3 мл/кг;
- фитопрепараты: девясил, зверобой, мята перечная.

Гипотоническая форма:

- диета № 5 с растительной клетчаткой;
- холецистокинетики (средства, способствующие выделению желчи, стимулирующие сокращение желчного пузыря);
- 20—25%-ый раствор сульфата магния;
- холензим;
- олиметин;
- холагол;
- нормокинетики: мотилиум, перистил.

Психотерапия: гипноз, релаксация, аутогенная тренировка, рациональная и суггестивная психотерапия должны быть направлены прежде всего на ликвидацию тревоги и фобий (страхов).

Фитотерапия: при гипертонической форме — гальванизация, фарадизация, диадинамические токи, магнитотерапия, ультразвук на правое подреберье, аппликации озокерита или парафина; при гипотонической форме — электрофорез с сульфатом магния, синусоидальные модулированные точки.

Гидро- и бальнеотерапия: ванны хвойные и жемчужные, дождевой, веерный и циркулярный души, сауна.

При гипертонической форме применяют углекислые, хвойные и жемчужные ванны, а также души — струевой, дождевой, веерный и циркулярный. Минеральные воды средней минерализации (сульфатно-натриевые и магниевые) по 3 мл/кг в сутки внутрь.

При гипотонической форме применяют минеральные воды с высокой минерализацией и значительным содержанием газа, сульфатов или хлоридов (Ессентуки № 17, Арзни).

Курортотерапия: Дарасун, Кисловодск, Пятигорск, Шиванда, Шмаковка — при гипертонической форме расстройств, а при гипотонической — Арзни, Боржоми, Горячий Ключ, Джермук, Ессентуки, Железноводск, Минеральные воды, Нальчик, Трускавец.

Нетрадиционная терапия: при гипертонической форме (болевом синдроме)

возможно использование магнитных клипсов на точки анальгезии (точки 47, 48) и лечебных стелек.

Кардиалгия, функциональный сердечный шум, аритмии

Диета: следует ограничить употребление соли, соленых продуктов, исключить продукты с экстрактивными веществами, приправами (копчености, консервированные продукты), кофе, крепкий чай. Допускается применение седативных фитопрепаратов (пустырник, валериана, душица, мелисса, боярышник).

Медикаментозная терапия: при аритмиях используют противоаритмические средства; при функциональном сердечном шуме — кардиотрофики (улучшающие обмен веществ в миокарде), рибоксин, оротат калия (0,01—0,02 мг/кг в 2—3 приема), панангин (1/4—1/2—1 таб. в зависимости от возраста 3 раза в день). Обязательное мероприятие — санация хронических очагов инфекции (лечение тонзиллитов, синуситов).

Психотерапия: необходимо создание положительной эмоциональной обстановки, общение с природой, водой (прогулки, туризм, плавание).

Фитотерапия: при аритмиях возможно использование рефлекторных приемов.

Гидро- и бальнеотерапия: применяются хвойные и кислородные ванны.

Курортотерапия: местные санатории, санатории Республики Беларусь.

Нетрадиционная терапия: применяют МПА (магнитный браслет), педопунктуру (использование лечебных стелек) и акупунктуру противоболевых точек.

Псевдоревматические расстройства

Диета: следует ограничить потребление продуктов, содержащих пурины (шоколад, жирные сорта мяса, рыбы, бульоны), а также исключить экстрактивные вещества (приправы и копчености) в случае, предрасположенности к нарушению обмена веществ (например, пуринового обмена).

Медикаментозная терапия: при болевом синдроме, воспалительных изменениях в суставах назначают нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, бруфен, ибупрофен, диклофенак натрия, пироксикан, ортофен).

Фитотерапия: используют электрофорез с раствором новокаина, индуктотерапию, парафиноозокеритные аппликации.

Гидро- и бальнеотерапия: применяют 4 вида ванн — углекислые, сероводородные, песочные и грязевые.

Курортотерапия: рекомендуется отдыхать в Дарасуне, Кисловодске или в Пятигорске.

Нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии — Цзянь-чжэнь, Фэй-ян, Чжун-чжу, Чжоу-ляо, а также использование МПА (магнитного браслета) и педопунктуры (лечебных стелек).

Одышка (при бронхиальной астме)

Диета назначается при наличии аллергии к тому или иному продукту.

Медикаментозная терапия:

- для купирования приступа: бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, атровент, беродуал, беротек);
- для базисной терапии (направлена на профилактику приступов): стабилизаторы тучных мембран (интал, задитен);
- бета-2-адреномиметики;
- комбинированные препараты (дитэк, интал плюс);
- агонисты лейкотриеновых рецепторов (новый этап в лечении бронхиальной

астмы — сингуляр, аколат);

- глюкокортикоиды (бекотид, альдецин, будесонид, пульмикорт, фликсотид);
- теофиллины пролонгированного действия (теотард, теонэк, теодур);
- муколитики (лазолван, бромгексин).

Психотерапия: способ волевой ликвидации глубокого дыхания (метод Бутейко).

Фитотерапия: общее ультрафиолетовое облучение, гальванический воротник с кальцием, диатермия на область селезенки, парафиноозокеритовые аппликации, аэроионотерапия, электросон.

Гидро- и бальнеотерапия: ванны по Гауффе, сауна.

Курортотерапия: курорты Крыма (Феодосия, Ялта, Евпатория), Черноморского побережья Кавказа (Анапа), горные курорты (Кисловодск, Нальчик, Теберда). Наиболее предпочтительное время года — конец весны, лето, начало осени. Продолжительность — 1,5 месяца.

Нетрадиционная терапия: иглорефлексотерапия оказывает седативное, спазмолитическое действие, увеличивает длительность ремиссии. Точки акупунктуры:

- Чжун-фу — по верхнему краю второго ребра;
- Чи-дзе;
- Кун-цзуй;
- Тай-юань (земля);
- Юй-цзи (огонь);
- Шао-шан (дерево);
- Шан-ян (металл);
- Сань-дзянь (дерево);
- Хэ-гу;
- Ся-лянь.

Дизурия (энурез)

Диета:

- обычная — до 17.00;
- сухая бессолевая — в 18.00;
- сонный продукт — на ночь.

Медикаментозная терапия:

- тонизирующие средства (препараты красавки, белладонны);
- препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервной системе (ноотропы): ноотропил по 20—80 мг/кг в сутки, пикамилон по 1,5—5 мг/кг в сутки, энцефабол (пиридитол) по 50—100 мг/кг (разовая доза; курс — 2—3 месяца по 1 разу в день);
- аминокислоты (глицин на протяжении 1—1,5 месяца);
- препараты, улучшающие трофику тканей: витамины группы В (B_6, B_1, B_{15}), А, Е; оротат калия; карнитин (в течение 1 месяца).

При особых формах энуреза (генетически обусловленного на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря) используют аналог вазопрессина (адиуретин СД) — по 2—3 капли на носовую перегородку 1 раз в день перед сном; минимальная продолжительность курса — 5—6 дней, максимальная доза — 6—10 капель в течение 4—6 недель.

Психотерапия: психовоспитательные методики — стратегия подкрепления поведения, благоприятного для здоровья; разговорная психотерапия — ребенка нельзя наказывать, надевать на ночь подгузники, он должен жить обычной жизнью.

Фитотерапия: электросон, электрофорез (ионофорез) с атропином, эуфиллином, папаверином, диадинамическая стимуляция, синусоидные модулированные токи, магнитотерапия, ультразвук, лазеротерапия (низкоинтенсивное облучение гелий-

неоновым лазером над лоном).

Гидро- и бальнеотерапия: хвойные ванны (37—38 °С) с морской солью (оказывают тонизирующий эффект при гипорефлекторном мочевом пузыре); озокеритовые аппликации на область мочевого пузыря или на пояснично-крестцовую область.

Курортотерапия: курорты Южного берега Крыма.

Нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии: Чи-дзе, Си-лянь; магнитная аурикопунктура с использованием магнитных клипсов на точки Тхан-мон; педопунктура.

Расстройства аппетита (анорексия, извращенный аппетит)

Медикаментозная терапия:

- I этап — неспецифическая терапия, направленная на улучшение соматического состояния и восстановление массы тела (сердечно-сосудистые средства, витамины, препараты, нормализующие пищеварение); питание сбалансированное, рациональное, дробное, небольшими порциями;
- II этап — специфическая терапия, направленная на заболевание в целом (психотропные, противорвотные средства).

Психотерапия:

I. Рациональная — объяснение необходимости лечения, безуспешности излечения без врача, адекватная адаптация в коллективе, выявление склонностей и способностей, стремление к их реализации.

II. Суггестивная — внушение в состоянии гипноза или бодрствования.

III. Аутогенная тренировка — устранение напряжения, неприятных ощущений.

IV. Групповая — усилить у пациента заботу о питании других детей, при совместном приеме пищи побуждать друг друга к еде, делиться переживаниями. Работа с родителями, адекватное отношение к больным детям и обеспечение эффективного сотрудничества.

Фитотерапия: электросон, гальванический воротник, общий электрофорез с кальцием и бромом.

Гидро- и бальнеотерапия: ванны хвойные, азотные, радоновые (применяются у старших детей) с водой индифферентной температуры (34—37 °С).

Курортотерапия: Пятигорск, Нальчик.

Нетрадиционная терапия: точки для рефлексотерапии — Нэйтин (вода) и седативные точки — Да-лин и Сяо-хай.

Запоры и поносы

Диета: при запорах рекомендуются продукты с большим содержанием клетчатки (капуста, кабачки, бобовые, картофель, хлеб из муки грубого помола).

Медикаментозная терапия:

- при преобладании тревоги, нарушении сна применяются транквилизаторы коротким курсом;
- при преобладании депрессии — антидепрессанты в небольших дозировках. Гастроэнтерологи и психиатры на современном этапе рекомендуют феварин (детям старше 8 лет по 50—150 мг в сутки);
- для купирования болевого синдрома назначают дицетел (уменьшает также метеоризм), лоперамид (детям старше 8 лет по 2—8 мг в сутки);
- при запорах — слабительные средства растительного происхождения (трава сенны, сенаде, бисакодил, регулакс, мукофальк, форлакс);
- при поносах — смекта (детям до 1 года — 1 пакетик в день, до 2-х лет — 2 пакетика в день, 3 года и старше — 3 пакетика в день), форлакс, алмагель, фосфалюгель,

маалокс;

- при повышенном газообразовании в кишечнике (метеоризме) назначают эскумизан.

Психотерапия: применяются гипноз, релаксация, аутогенная тренировка, а также рациональная и суггестивная терапия.

Психотерапия должна быть направлена на уменьшение тревоги, смягчение конфликтов, вовлечение пациента в процесс лечения и придание ему личностного смысла.

Фитотерапия:

- запоры: ультрафиолетовое облучение, электрофорез с новокаином, папаверином, но-шпой — при наличии болевого синдрома, парафиновые и озокеритовые аппликации на область кишечника, индуктотерапия, ДМВ-терапия;

- поносы: СМТ-терапия, индуктотерапия, гальванизация.

Гидро- и бальнеотерапия: при запорах используют ванны хвойные и солевые (36—37 °С в течение 4—6 мин), а также плавание; при поносах применяют ванны холодные, с индифферентной водой (34—37 °С), лечебные души.

Курортотерапия: Боржоми, Горячий Ключ, Джермук, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Трускавец. Курс лечения — 4—6 недель.

Нетрадиционная терапия: точки для иглорефлексотерапии:

- при любых расстройствах стула — Ли-дуй (металл), Инь-бай (дерево), Цзу-Сань-ли (земля);

- при запорах — Фу-ай, Цзе-си (огонь), Нэй-гин (вода).

Показано также использование магнитного браслета и лечебных стелек.

Алфавитный указатель

Факторы, способствующие развитию психосоматической патологии у различных возрастных групп

Фармакологические и эндокринные воздействия на большие полушария. Функциональная патология больших полушарий

Физиотерапия, бальнеотерапия и курортотерапия

Фитотерапия

Фобические и ипохондрические проявления

Функциональные нарушения при органных неврозах

Характерологические (психопатические) нарушения

Цисталгия

Эмоции и мотивации

Эмоции отрицательные и положительные, их влияние на здоровье человека

Эмоциональная нестабильность и мнительность как причина заболеваний

Энурез

Этиология психосоматических заболеваний

Этиология расстройств сна